

Додаток 3  
до Порядку акредитації лабораторій  
діагностики СНІД

Зразок

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Голова акредитаційної комісії

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(дата)

ПЕРЕЛІК  
видів робіт, на виконання яких акредитується лабораторія діагностики СНІД (галузь  
акредитації)

\_\_\_\_\_  
(назва лабораторії)

Назва об'єкта дослідження	Назва нормативного документа, що регламентує вимоги до об'єкта	Назва нормативного документа, за яким визначаються методи досліджень	Обмеження за об'єктами та показниками досліджень
---------------------------	--	--	--

Примітка.

У графі 4 зазначається:

без обмежень;

крім ..... об'єктів;

крім ..... досліджень.

Керівник закладу охорони  
здоров'я

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(прізвище)

Керівник лабораторії

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(прізвище)

*{Додаток 3 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 862 від 09.10.2013}*