

**OBAVEZNO UPISATI SVE POTREBNE PODATKE U OBRASCU!**

PODNOŠITELJ ZAHTEVA	OSOBA OVLAŠTENA ZA ZASTUPANJE* (kada je primjenjivo)																																								
Stranka	Ime i prezime																																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
OIB	OIB																																								
Adresa	Adresa																																								
Tel / Fax	Tel / Fax																																								
E-mail	E-mail																																								
	<i>*Ako je osoba za zastupanje ovlaštena temeljem punomoći, punomoć se mora priložiti</i>																																								

Prostor za urudžbeni zapisnik

**ZAHTEJEV ZA UTVRĐIVANJE SUKLADNOSTI FSTD OPERATORA**

*Zahtev podnijeti istovremeno s Zahtjevom za izdavanje certifikata kvalifikacije FSTD-a  
ali najkasnije 4 mjeseca prije zatraženog datuma početka evaluacije.*

<input type="checkbox"/>	Inicijalni audit FSTD operatora
<input type="checkbox"/>	Nova lokacija operatora certificiranog FSTD-a
Referenca predmeta Zahtjev za izdavanje certifikata kvalifikacije FSTD-a (KLASA):	

Lokacija FSTD-a	
Tvrtka	
Ulica i broj	
Poštanski broj	
Grad	

FSTD uređaj	
Zahiješana razina kvalifikacije	

Operatorova oznaka uređaja	
Proizvođač FSTD-a	
Serijski broj platforme	
Broj FSTD-a na platformi	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ili više
Datum ulaska u operacije ( <i>gggg-mm</i> )	

<b>Datumi</b> ( <i>gggg-mm-dd</i> )	
Zatraženi datum početka evaluacije FSTD uređaja	
Zatraženi datum audita operatora FSTD uređaja <i>Napomena: inicijalni audit operatora mora se obaviti najkasnije 30 dana prije zatraženog datuma početka evaluacije. Sam datum je podložan dogovoru s HACZ.</i>	
<i>Napomena: Zahtjev za evaluaciju FSTD-a se podnosi najkasnije 3 mjeseca prije zatraženog datuma početka evaluacije. Sam datum je podložan dogovoru s HACZ. Prije pristupanja evaluaciji, FSTD kao i organizacija koja njime namjerava operirati, moraju biti u skladu sa svim primjenjivim propisima.</i>	

**Priloženo uz zahtjev:**

- Punomoć osobe za zastupanje, kada je primjenjivo.
- Rješenje trgovačkog suda ili drugog nadležnog tijela o tvrtki operatoru FSTD-a
- Organizacijski priručnik operatora FSTD-a

**Izjavljujem da:**

- imam ovlast podnijeti ovaj zahtjev,
- FSTD operator i FSTD uređaj će prije početka evaluacije udovoljavati svim zahtjevima,
- su svi u ovom zahtjevu navedeni podatci točni i potpuni.

Mjesto i datum:

Ime, prezime i potpis podnositelja zahtjeva