

I INFORMACJE OD ZLECENIODAWCY (wypełnia klient):

1.	Dane zlecającego:	
	Nazwa firmy lub Imię i Nazwisko dokładny adres lub Pieczętka firmy	
	NIP:	
	Telefon kontaktowy	
	Email	
2.	Miejsce pobrania próbki	
3.	Transport	Własny zleceniodawcy
		Zleceniobiorcy

1.	Badany parametr	Metoda badawcza	Liczba próbek	Nr próbki <i>(nadaje laboratorium)</i>
2.	Biologiczne wskaźniki kontroli skuteczności sterylizacji (sporal A)	PB-05 wyd. 2 z dn. 08.01.2011 (A)		Kontrola: Dół: Środek: Góra:

Dane o techniczne:

Lokalizacja sterylizatora	Data rozpoczęcia procesu	Godz.	Dane techniczne sterylizatora	Wskazania do oceny			Data ważności	Seria testu	Wskaźnik biologiczny
				Czas sterylizacji	temperatura	ciśnienie			

1	Dodatkowe wymagania zlecającego w zakresie wykonania badań*	TAK	
		NIE	
2	Uwagi	Badania właścicielskie	

* - zakreślić krzyżykiem [x]

Imię i nazwisko wykonującego proces sterylizacji

II PRZEGLĄD ZLECENIA

1. Laboratorium posiada właściwe środki (m.in. kompetentny personel, infrastrukturę i wyposażenie) do realizacji zlecenia.
 2. Wyrażam zgodę na wykonanie badań u podwykonawcy.
 3. Klient w przypadku odstąpienia od niniejszego zlecenia zostanie o nim poinformowany przed kontynuacją badania. W takim przypadku będzie on decydował o zgodzie na odstąpienie.
 4. W przypadku nieprawidłowych wyników badań Zlecający zobowiązuje się powiadamiać właściwe jednostki kontrolujące.
 5. Przeglądu zlecenia dokonano na poziomie walidacji metody badawczej.
 6. Przed podpisaniem zlecenia zapoznałem się z zakresem akredytacji Laboratorium/ów wskazanym na stronie www.pca.gov.pl
 7. Skrócony zapis numeru metody badawczej odnosi się zawsze do jej aktualnego wydania zgodnego z zakresem akredytacji AB 1264 dostępnym na www.qsc.pl i www.pca.gov.pl lub w siedzibie Laboratorium
 8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niniejszego zlecenia zgodnie z RODO dostępnym na www.qsc.pl
 9. Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za dane dostarczone przez klienta
 10. A–metoda akredytowana; N–metoda nieakredytowana; P – podwykonawca
- 2 Stan próbki*: **bez zmian** / są zmiany. W przypadku zmian szczegółowy opis w poniższym komentarzu. *(niepotrzebne skreślić)

CEL BADANIA	Badania właścicielskie	X	Dla celów kontroli urzędowej -Ocena zgodności z przepisami prawa		Zgoda na przesłanie sprawozdania z badań do jednostki kontrolującej
ODBIÓR WYNIKÓW	osobisty		poczta (za dodatkową opłatą)		e-mail
PLATNOŚĆ	przelew		gotówka		zaliczka

Akceptuję/ nie akceptuję (niepotrzebne skreślić) Komentarz w przypadku braku akceptacji:

 Data, podpis zleceniodawcy

 Data, podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia

III PRZYJĘCIE PRÓBKII /ZLECENIA DO LABORATORIUM

Data przyjęcia		Stan próbki	Podpis osoby przyjmującej
Godzina		Bez zastrzeżeń	
Temperatura, °C		Uwagi	