

1. DANE ZLECENIODAWCY	
Nazwa firmy lub imię i nazwisko, Dokładny adres lub pieczęć firmy	
NIP	
Telefon kontaktowy	
Email	
2. MIEJSCE POBRANIA PRÓBK	
Stanowi adres Zleceniodawcy	3. PUNKTY POBRANIA / NUMER PRÓBK / OBJĘTOŚĆ PRÓBK (nadaje laboratorium)

4. ZAKRES BADAŃ				
<input checked="" type="checkbox"/>	Badany parametr	Metoda badawcza	Rodzaj próbki (wpisać numer)	Liczba próbek
<input type="checkbox"/>	Pobranie próbki – metoda sedymentacyjna	PB-08 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Pobranie próbki – metoda aspiracyjna			
<input type="checkbox"/>	Ogólna liczba drobnoustrojów w 30°C			
<input type="checkbox"/>	Grzyby - Liczba			
<input type="checkbox"/>	Gronkowce alfa - Liczba			
<input type="checkbox"/>	Gronkowce beta - Liczba			
<input type="checkbox"/>	Legionella sp. - Liczba			
<input type="checkbox"/>				

Uszczegółowienia metod badawczych zgodnie z aktualnym nadziej zlecenia zakresem akredytacji AB 1264

Uwagi	
--------------	--

5. PROTOKÓŁ POBRANIA PRÓBKİ			
Pobrano przez Laboratorium		Odebrano przez Laboratorium	Pobrano przez Zleceniodawcę
Imię i nazwisko osoby pobierającej / odbierającej próbkę			
Data pobrania próbki	Godzina pobrania próbki (jeśli dotyczy)	Warunki środowiskowe pomieszczenia	
		Temp.....	wilgotność %
Warunki pobrania próbki	Zgodne z wymaganiami	Przyczyna pobrania niezgodnego z wymaganiami (jeśli dotyczy)	
	Niezgodne z wymaganiami		
Zapoznałem się z zasadami pobierania próbek do badania. Biorę za tę czynność pełną odpowiedzialność. Mam świadomość, że nieprawidłowe pobranie próbki ma bezpośredni wpływ na miarodajność i wiarygodność wyników badania.			

.....
Podpis próbkobiorcy/odbierającego

Warunki transportu próbki			
Zapewniło Laboratorium		Nadzorowane	Termometr
Zapewnił Zleceniodawca		Nienadzorowane/M/S
		Temperatura	
	°C	
Zapoznałem się z zasadami transportu próbek do badania. Biorę pełną odpowiedzialność za transport próbek do laboratorium, mając świadomość, że niezachowanie warunków transportu ma bezpośredni wpływ na miarodajność i wiarygodność wyników badania.			

.....
Podpis osoby transportującej próbkę

6. USTALENIA OGÓLNE (zgodę zaznaczyć krzyżykiem)

CEL BADANIA	Badania właścicielskie	Dla celów kontroli- Ocena zgodności z przepisami prawa urzędowej	zgoda na przesłanie sprawozdania z badań jakości wody do jednostki kontrolującej
ODBIÓR WYNIKÓW	osobisty	poczta	e-mail
PLATNOŚĆ	przelew	gotówka	Zaliczka``

7. PRZEGLĄD ZLECENIA

- Laboratorium posiada właściwe środki (m.in. kompetentny personel, infrastrukturę i wyposażenie) do realizacji zlecenia.
- Wyrażam zgodę na wykonanie badań u podwykonawcy.
- Klient w przypadku odstąpienia od niniejszego zlecenia zostanie o nim poinformowany przed kontynuacją badania. W takim przypadku będzie on decydował o zgodzie na odstąpienie.
- W przypadku nieprawidłowych wyników badań Zlecający zobowiązuje się powiadamiać właściwe jednostki kontrolujące.
- Przeгляdu zlecenia dokonano na poziomie walidacji metody badawczej.
- Przed podpisaniem zlecenia zapoznałem się z zakresem akredytacji Laboratorium/ów wskazanym na stronie ww.pca.gov.pl
- 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
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niniejszego zlecenia zgodnie z RODO dostępnym na www.qsc.pl
- Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za dane dostarczone przez klienta
- A–metoda akredytowana; N–metoda nieakredytowana; P–podwykonawca, Z–zatwierdzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną zgodnie z www.qsc.pl;

.....
akceptuję powyższe warunki zlecenia
Data i podpis Zleceniodawcy

.....
Data i podpis Laboratorium

8. PRZYJĘCIE PRÓBKİ DO LABORATORIUM

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