

**ZLECENIE WYKONANIA BADANIA
 SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI**

nr zlecenia/ nr próbki

/...../20.....
 (wypełnia laboratorium)

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 (nadaje laboratorium)
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

- 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.
- Przedglądu 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,
- 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
PŁATNOŚĆ	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	