



I INFORMACJE OD ZLECENIODAWCY (wypełnia klient):

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

4.	Badany parametr	Metoda badawcza⁷	Liczba próbek	Nr próbki <i>(nadaje laboratorium)</i>
	Biologiczne wskaźniki kontroli skuteczności sterylizacji (sporal S)	PB-05 ^(A)		Kontrola: Dół: Środek: Góra:

5. 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			

6.	Dodatkowe wymagania zlecającego w zakresie wykonania badań*	TAK	
		NIE	
7.	Uwagi	<i>Badania właścicielskie</i>	

* - 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 odstępstwa od niniejszego zlecenia zostanie o nim poinformowany przed kontynuacją badania. W takim przypadku będzie on decydował o zgodzie na odstępstwo.
- W przypadku nieprawidłowych wyników badań Zlecający zobowiązuje się powiadamiać właściwe jednostki kontrolujące.
- Przeglądu zlecenia dokonano na poziomie walidacji metody badawczej.
- Przed podpisaniem zlecenia zapoznałem się z zakresem akredytacji Laboratorium/ów wskazanym na stronie www.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 wszystkie dane dostarczone przez klienta m.in. dane zleceniodawcy, miejsce i data pobrania próbki, dane techniczne
- 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/karta		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		