



Wycinki z tusz

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

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

4. ZAKRES BADAŃ				
☒	Badany parametr	Metoda badawcza⁷	Rodzaj próbki (wpisać numer)	Liczba próbek
	Liczba drobnoustrojów w temperaturze 30°C	PB-12 ^(A)		
	Enterobacteriaceae 37°C - Liczba			

Badanie przechowalnicze		TAK	
Rodzaj próbki (wpisać numer):			
Warunki przechowywania zapewniło Laboratorium			Warunki przechowywania zapewnił Zleceniodawca
Miejsce przechowywania: Laboratorium QSC-LAB		Miejsce przechowywania:	
Czas przechowywania:		Czas przechowywania:	
Warunki przechowywania: nadzorowane		Warunki przechowywania:	

Dodatkowe wymagania Zleceniodawcy w zakresie wykonania badań		TAK	
Uwagi			

5. PROTOKÓŁ POBRANIA PRÓBK			
Pobrano przez Laboratorium		Odebrano przez Laboratorium	Pobrano przez Zleceniodawcę
Imię i nazwisko osoby pobierającej / odbierającej próbkę			
Data pobrania próbki		Godzina pobrania próbki (jeśli dotyczy)	Wielkość próbki (jeśli dotyczy)
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 próbek ma bezpośredni wpływ na miarodajność i wiarygodność wyników badania.			

Podpis próbkobiorcy/odbierającego

Warunki transportu próbek							
Zapewniło Laboratorium		Nadzorowane		Termometr	/M/S	Temperatura	°C
Zapewnił Zleceniodawca		Nienadzorowane					
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 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	

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.
- Przeglądu 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 wszystkie dane dostarczone przez klienta m.in.: dane zleceniodawcy, miejsce i data pobrania próbki, rodzaj próbki, zakres badań
- A – metoda akredytowana; N – metoda nieakredytowana; P – podwykonawca.

.....
 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		