



I INFORMACJE OD ZLECENIODAWCY (wypełnia klient):

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

4.	Badany parametr	Metoda badawcza ⁷	Liczba próbek	Nr próbki (nadaje laboratorium)
	Biologiczne wskaźniki kontroli skuteczności sterylizacji (spora A)	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	Badania właściwosci	

* - 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.
- Przebieg 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 właściwosci	X	Dla celów kontroli urzędowej -Ocena zgodności z przepisami prawa		Zgoda na przesłanie sprawozdania z badań do jednostki kontrolującej	
ODBIÓR WYNIKÓW	osobisty		pocztą (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		