|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………..…………………… |  | ……………………..…………………… |
| (numer pisma nadany przez zleceniodawcę) |  | (miejscowość, data wystawienia zlecenia) |

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kielcach

Sekcja Badań Higieny Radiacyjnej

ul. Jagiellońska 68, 25-734 Kielce

e-mail: lab.rad.wsse.kielce@sanepid.gov.pl

**ZLECENIE
WYKONANIA POMIARÓW DOZYMETRYCZNYCH W OTOCZENIU APARATURY RTG**

1. Dane Zleceniodawcy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres zleceniodawcy: |  |
| Adres do korespondencji |  |
| NIP zleceniodawcy: |  |
| Nr KRS lub nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej: |  |
| Osoby upoważnione do kontaktu i telefony kontaktowe: |  |
| Zlecenie w związku z prowadzeniem działalności *(właściwe zakreślić)* | TAK | NIE |

2. Dane aparatury rtg *(wypełnić poszczególne pozycje jeśli dotyczy, powtórzyć tabele dla większej liczby urządzeń)*

|  |
| --- |
| **aparat rtg** |
| miejsce zainstalowania aparatu rtg *(nazwa jednostki, adres, oddział, pomieszczenie)*: |  |
| rodzaj aparatu rtg  |  |
| model / typ aparatu rtg |  |
| producent aparatu rtg |  |
| numer fabryczny aparatu rtg |  |
| rok produkcji aparatu rtg |  |
| rok zainstalowania aparatu rtg |  |
| typ lampy rtg |  |
| numer fabryczny lampy rtg |  |
| **Parametry aparatu rtg** |
|  | **nominalne** | **podczas pomiarów** |
| zakres wysokiego napięcia [kV] |  |  |
| zakres prądów [mA] |  |  |
| zakres czasów [s] |  |  |
| zakres obciążenia prądowo – czasowego [mAs] |  |  |
| filtracja całkowita wiązki promieniowania rtg  |  |  |
| filtracja dodatkowa wiązki promieniowania rtg |  |  |
| inne |  |  |

1. Informacje dodatkowe ………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. Uzgodnione zasady zachowania poufności informacji i praw własności.

Zleceniodawca i zleceniobiorca zobowiązują się do zachowania poufności informacji i praw własności.
W przypadku uzyskania wyników wskazujących na zagrożenie zdrowia lub życia człowieka zostanie powiadomiony właściwy terytorialnie Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny.

1. Zleceniodawca ma prawo złożenia reklamacji na wyniki badań, w formie pisemnej, w terminie 14 dni
od daty otrzymania wyników badań. Reklamacje rozpatrywane będą zgodnie z procedurą obowiązującą
u Zleceniobiorcy.
2. Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami świadczenia usługi przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Kielcach.
3. Wszelkie spory powstałe na tle wykonania niniejszego zlecenia (umowy) rozstrzygać będzie właściwy rzeczowo sąd z siedzibą w Kielcach.
4. Zleceniodawca dokona płatności gotówką w kasie WSSE w Kielcach lub przelewem na konto, nie później
niż w terminie określonym na fakturze wystawionej przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną
w Kielcach za wykonane badania. W przypadku nieterminowej zapłaty, WSSE w Kielcach zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Kielcach, których Administratorem jest Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny / Dyrektor, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych („RODO”). Dane osobowe będą przetwarzane w celu świadczenia usług i wystawienia faktury za usługę. W myśl w/w rozporządzenia - osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu, wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodne z prawem przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W razie takiej konieczności dane mogą być udostępniane podmiotom współpracującym z Administratorem przy realizacji powyższego celu oraz uprawnionym organom.
6. Załączniki:……………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………………..……………… |
|  | ZLECENIODAWCAczytelny podpis oraz imienna pieczęć osoby upoważnionej do zaciągania zobowiązań finansowych (zobowiązanie do zapłaty za badanie) |