

PRZEGLĄD ZLECENIA

Nr zlecenia: HŻL _____ . _____ . _____		Zlecenie z dnia: _____	
Dane Zleceniodawcy (imię i nazwisko lub nazwa firmy, adres, NIP, telefon, e-mail)	Zleceniodawca:		
		
		
	NIP:		nr kontaktowy:
	e-mail:		

Nr	Kod próbki/ek	Rodzaj próbki/ek
1		
2		
3		
4		
5		

BADANIA MIKROBIOLOGICZNE		Nr próbki/ek - zakres badań					A/N*	Stwierdzenie * zgodności/niezgodności
Badany parametr	Metoda badawcza	1	2	3	4	5		

OPIS PRÓBK/ EK

Stan próbki/ek		Temperatura dostarczenia próbki/ek	Data produkcji	
Zadawalający/ Niezadawalający ¹				
Uwagi:				
.....				
.....				
.....				
*Zaznaczyć właściwą odpowiedź symbolem X			TAK	NIE
Zastosowanie i przeznaczenie badania oraz jego wyniku	celem przedłożenia wyników badania jednostce kontrolującej (obszar regulowany prawnie zgodnie z Rozporządzeniem UE nr 2073/2005 z późn. zmianami)			
	na użytek własny			
Czy określić przybliżony koszt badań?				
Forma przekazania sprawozdania z badań	odbiór osobisty			
	pocztą- list polecony			
	inne (np. mailowo)			
Forma płatności	przelew			
	gotówka w kasie PSSE			
Czy podać stwierdzenie zgodności/niezgodności z wymaganiami? - zgodnie z ZPD-1 - zgodnie z ZPD-3				
1. Poinformowano Klienta o: - prawie do wniesienia skargi, - możliwości uczestnictwa w badaniach mikrobiologicznych w charakterze obserwatora za zgodą Kierownika Oddziału Laboratoryjnego, - odpowiedzialności Laboratorium za wszystkie informacje przedstawione w sprawozdaniu z badań z wyłączeniem informacji przedstawionych przez Klienta. Informacje te mogą wpływać na ważność uzyskanych wyników, - zasadach pobierania próbek oraz wpływu warunków transportu próbek na wyniki badań, - zasadach podejmowania decyzji dotyczących stwierdzenia zgodności/ niezgodności wyników z wymaganiami, ujętych w załączniku Z.01-PS.13 wyd. 1 z dn. 07.09.2020. 2. Zleceniobiorca zapewnia bezstronność i poufność zgodnie z obowiązującą polityką bezstronności i poufności Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radomiu. 3. Dane uzyskane od Klienta w trakcie realizacji zlecenia traktowane są jako informacje poufne.				
Z powyższym zapoznałem się i akceptuję	 (data, podpis Klienta)		
Osoba dokonująca przeglądu zlecenia	 (data, podpis)		

- A- badania akredytowane przez PCA
- N- badanie nieakredytowane przez PCA
- 1- niewłaściwe skreślić
- * wpisać właściwe