|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………..…………………… |  | ……………………..…………………… |
| (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 PÓL ELEKTROMAGNETYCZNYCH**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa i adres zleceniodawcy: |  | | | |
| 2. | NIP zleceniodawcy: |  | | | |
| 3. | Nr KRS lub nr wpisu  do ewidencji działalności gospodarczej: |  | | | |
| 4. | Osoby upoważnione  do kontaktu i telefony kontaktowe: |  | | | |
| 5. | Miejsce wykonania pomiarów  (nazwa jednostki i adres): |  | | | |
| 6. | Cel wykonania pomiarów  *(właściwe zakreślić)*: | ochrona środowiska pracy | ochrona środowiska | | ……………………...  inny |
| 7. | Zlecenie w związku z prowadzeniem działalności *(właściwe zakreślić)* | TAK | | NIE | |

1. Dane o źródłach pól elektromagnetycznych

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane o urządzeniu** | | | | | | | |
| Rodzaj urządzenia | |  | | | | | |
| Nr fabryczny | |  | | Rok produkcji | |  | |
| Typ | |  | | Rok zainstalowania | |  | |
| Producent | |  | | Nominalna częstotliwość | |  | |
| Zastosowanie urządzenia | |  | | Nominalna moc urządzenia | |  | |
| **Parametry pracy urządzenia dla których mają być wykonane pomiary pola-EM**  **(**tryby pracy, nastawy, wyposażenie, konfiguracja) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Charakterystyka przestrzeni pracy dla celów BHP**  (osoby pracujące, osoby potencjalnie narażone i / lub osoby szczególnie chronione w otoczeniu źródła pola-EM) | | | | | | | |
| Lokalizacja / pomieszczenie | Miejsca przebywania | | Wykonywane czynności | | Maks. czasy przebywania podczas zmiany roboczej | | Zidentyfikowane wtórne źródła  pola-EM (elementy metalowe) |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |

*(rozszerzyć tabelę o kolejne pozycje w miarę potrzeb, powtórzyć tabelę dla większej liczby urządzeń)*

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: ………………………………………………………………………………………………………………………………………  
   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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