|  |
| --- |
| Protokół przekazania próbek środkówzastępczych nr |
| *(wypełnia Laboratorium)* |

*do Działu Laboratoryjnego Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy  
ul. Kujawska 4, 85-031 Bydgoszcz*

|  |
| --- |
| Nazwa przekazującego/pieczątka: |
| Cel badania: |
| ustalenie czy dany produkt jest środkiem zastępczym |
| inny (*podać jaki*) |
| Liczba próbek:1 |
| Metoda badawcza: *(wpisać metodę)*2 |

**Identyfikacja i opis przekazywanej próbki**

| Lp. | Kod nadany przez PSSE3 | Istotne informacje zawarte na opakowaniu, rodzaj opakowania | Postać (proszek, susz, itp.) | Masa brutto4 | Masa netto5 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

W przypadku większej ilości próbek należy dodać kolejne wiersze lub wypełnić kolejny druk Protokołu przekazania próbek środków zastępczych.

**Legenda:**

1. Próbkę do badań stanowi każde jednostkowe opakowanie, w którym jest przekazywana próbka.

2. Metoda nieakredytowana. Laboratorium pracuje w systemie zarządzania jakością zgodnie z PN-EN ISO/IEC 17025:2005.

3. Jeśli dotyczy.

4. Masa próbki wraz z opakowaniem.

5. Masa próbki bez opakowania.

**Uwagi:**

Protokół sporządza się w dwóch egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

**POTWIERDZENIE PRZEKAZANIA PRÓBKI(EK) DO LABORATORIUM**

|  |  |
| --- | --- |
| *(wypełnia PSSE)* | |
| Data i godzina przekazania próbki(ek): | |
| Imię i nazwisko osoby przekazującej próbkę(ki) / podpis: | |
| Postępowanie z próbką po badaniu: |  |
| Próbki po badaniu podlegają zwrotowi na koszt klienta. Zleceniodawca odpowiada za odbiór próbki  z Laboratorium. Zwrot dotyczy wyłącznie podmiotów uprawnionych do posiadania środków odurzających, substancji psychotropowych, ich preparatów, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.  Próbki należy odebrać w ciągu 30 dni od daty wystawienia sprawozdania z badań. | |
| *(wypełnia Laboratorium)* | |
| Przyjęcie próbki(ek) do Laboratorium: | |
| Data i godzina przyjęcia: | |
| Imię i nazwisko osoby przyjmującej, podpis: | |
| Przyjęcie próbki(ek) do badań: | |
| Potwierdzam zdolność do wykonania badań: | |
| tak | |
| nie *(podać przyczynę)* | |
| Data i godzina przyjęcia: | |
| Imię i nazwisko osoby przyjmującej, podpis: | |
| Ustalony termin zakończenia badań: | |
| Uwagi: | |