

Laboratorium Mikrobiologii

**ZLECENIE NA BADANIE SKUTECZNOŚCI PROCESU STERYLIZACJI
wg procedury M/PB-02, wyd. 4 z dn.21.07.2023r.**

Zleceniobiorca: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Pile, 64-920 Pila, al.Wojska Polskiego 43

DANE ZLECENIODAWCY:

NIP.....

Nazwa i adres placówki:

.....

DANE STERYLIZATORA I PARAMETRY STERYLIZACJI:

Typ/nazwa sterylizatora: rok prod./nr fabryczny:

Data i godzina sterylizacji:

Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej sterylizację:.....

Warunki sterylizacji: temp.: czas sterylizacji: ciśnienie:

Cena za badanie wynosi 83,08 zł.

Płatność: przelew w kasie PSSESposób odbioru sprawozdania : osobiście osoba upoważniona do odbioru badania

Termin realizacji zlecenia do 10 dni. Odbiór sprawozdania z badań w liczbie 1 egz. w Punkcie Przyjmowania Próbek PSSE w Pile.

Zleceniodawca oświadcza, że:

1. Zapoznał się z aktualną ceną za badanie i w tym zakresie nie wnosi zastrzeżeń.
2. próbki dostarczone do badań zostały pobrane i transportowane zgodnie z aktualną instrukcją pobierania i transportu testów biologicznych- zał. 5c do PO-02, dostępną w Punkcie Przyjmowania Próbek oraz na stronie www.gov.pl/web/psse-pila
3. Zapoznał się z metodą badania stosowaną przez Zleceniobiorcę i wyraża zgodę na wykonanie badania wg ww. metody oraz na niepodawanie niepewności badania .
4. Został poinformowany, że Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność tylko za etap analityczny badania.
5. Zapoznał się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Wyraża zgodę na przetwarzanie Jego danych osobowych przez PSSE w Pile w związku ze zleconym badaniem.
6. Został poinformowany, że w przypadku uzyskania dodatniego wyniku Zleceniobiorca zobowiązany jest do powiadomienia właściwego organu państwowego.
7. Został poinformowany, że w przypadku zastrzeżeń do zrealizowanego zlecenia ma możliwość składania pisemnej skargi w terminie 14 dni od daty otrzymania wyniku.

.....
data/podpis Zleceniodawcy lub osoby działającej w jego imieniu**Część zlecenia wypełnia pracownik PSSE****numer badania:.....****Data i godzina przyjęcia próbek:.....**Rozłożenie testów : **rodzaj testów :**.....

Nr 1

Nr 2

Próbki przyjęte do badań: akceptuję, nie akceptuję*

.....
data, podpis osoby przyjmującej próbki i dokonującej przeglądu zlecenia

*) odpowiednie podkreślić

data i podpis osoby odbierającej sprawozdanie.....

.....

..

.