

**ZLECENIE****ZLECENIODAWCA**

.....  
 .....  
 .....  
 (nazwisko i imię, adres/ Nazwa podmiotu, siedziba, adres - pieczęć zakładu)

KRS/EWD .....

W przypadku SPÓŁKI CYWILNEJ: Imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania wspólników spółki

PESEL/NIP.....

Osoba do kontaktu.....

telefon/mail.....

**ZLECENIOBIORCA**

Wojewódzka Stacja Sanitarno–Epidemiologiczna w Gdańsku, ul. Dębinki 4, 80-211 Gdańsk

NIP: 957-04-72-806

**Zleceniodawca zleca wykonanie testów specjalistycznych w zakresie:**

- radiografii ogólnej cyfrowej** (Procedura badawcza PB\_128 „Testy specjalistyczne - Urządzenia stosowane w radiografii ogólnej cyfrowej” edycja 9 z 2024-05-20);
- stomatologii – aparaty do zdjęć wewnątrzustnych** (Procedura badawcza PB\_115 „Testy specjalistyczne. Urządzenia stosowane w stomatologii - aparaty do zdjęć wewnątrzustnych” edycja 7 z 2024-05-20);
- stomatologii – aparaty do zdjęć pantomograficznych oraz cefalometrii** (Procedura badawcza PB\_118 „Testy specjalistyczne. Urządzenia stosowane w stomatologii - aparaty do zdjęć pantograficznych oraz cefalometrii” edycja 8 z 2024-05-20);
- stomatologii – aparaty do tomografii komputerowej wiązki stożkowej** (Procedura badawcza PB\_127 „Testy specjalistyczne. Urządzenia stosowane w stomatologicznej tomografii komputerowej wiązki stożkowej.” edycja 6 z 2024-05-20);
- monitorów do prezentacji obrazów medycznych** (Procedura badawcza PB\_120 „Testy specjalistyczne. Monitory stosowane do prezentacji obrazów medycznych” edycja 6 z 2024-05-20);

.....  
 .....  
 .....  
 (nazwa, typ aparatu rtg, wywoływarki, negatoskopu)

**Osoba upoważniona do obsługi aparatu rtg i udzielania wyjaśnień w trakcie badania:**

.....  
 (imię, nazwisko, stanowisko)

W czasie badania będzie obecny przedstawiciel serwisu technicznego: tak/nie\*

Uzgodniona cena za badanie: .....+23 % VAT.

Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty za badania: gotówką / przelewem\*

W przypadku przelewu nr rachunku bankowego WSSE zostanie wskazany na fakturze.

**Stwierdzenie zgodności\*:**

- nie (BADANIA NIE BĘDĄ PRZEPROWADZONE)
- tak

\*zaznaczyć właściwe

**Zasada podejmowania decyzji określona przez prawo.**

W przypadku, gdy rezultat badania będzie niższy od dolnej granicy zakresu pomiarowego lub granicy oznaczalności Laboratorium w sprawozdaniu z badań przedstawi informację jako: < wartość dolnej granicy zakresu pomiarowego lub < wartość granicy oznaczalności.

Jeżeli wynik badania będzie wyższy od górnego zakresu pomiarowego, wówczas przedstawia się go jako wartość liczbową uzyskanego pomiaru, co nie jest objęte zakresem akredytacji.

W odniesieniu do rezultatów badań Laboratorium nie przedstawia stwierdzeń zgodności z wymaganiami

**Sposób odbioru sprawozdania z badania – po opłaceniu faktury:** osobiście / pocztą na adres\*

.....  
(adres)

**Zgoda na wykorzystanie wyników do celów naukowych:** tak/nie \*

**Zleceniodawca oświadcza, że:**

1. zakres testów został uzgodniony ze Zleceniobiorcą;
2. urządzenia radiologiczne będą kontrolowane w zakresie parametrów wykorzystywanych klinicznie określonych przez Zleceniodawcę w załączniku do zlecenia;
3. wyraża zgodę na płatność za wykonane badania w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury;
4. zapoznał się z metodami badawczymi stosowanymi przez Zleceniobiorcę i wyraża zgodę na wykonanie badań ww. metodami.

**Zleceniodawca oświadcza, że został poinformowany przez Zleceniobiorcę, iż:**

1. w przypadku nieterminowej zapłaty Zleceniobiorca zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych za opóźnienie lub w przypadku osób prawnych czy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, odsetek ustawowych za opóźnienie w transakcjach handlowych;
2. w przypadku, gdyby uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, powiadomiony zostanie właściwy Państwowy Inspektor Sanitarny;
3. zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, informuję, iż:
  - 3.1. administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Gdańsku (80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4, tel. 58 344 73 00) jest Pomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny będący jednocześnie Dyrektorem Stacji;
  - 3.2. kontakt do Inspektora Ochrony Danych - e-mail: [iod.wsse.gdansk@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.gdansk@sanepid.gov.pl);
  - 3.3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz art. 9 ust. 2 lit. h w przypadku badań zawierających dane medyczne ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji badania laboratoryjnego;
  - 3.4. podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom, ale w przypadku gdyby uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
  - 3.5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa;
  - 3.6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
  - 3.7. posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
  - 3.8. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji badania laboratoryjnego;
  - 3.9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób umożliwiający zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym również w formie profilowania;
4. badania wykonane wg Procedur Badawczych mogą stwarzać ograniczenia w obszarach regulowanych prawnie;
5. ma prawo wnieść skargę;
6. laboratorium zapewnia poufność wszelkich informacji uzyskanych lub wytworzonych podczas realizacji działalności laboratoryjnej i nie podaje częściowych wyników badań;
7. w przypadku konieczności udziału w badaniach przedstawiciela serwisu technicznego koszty wezwania i udziału serwisu są pokrywane przez Zleceniodawcę.

\*zaznaczyć właściwe

**Zleceniodawca zobowiązuje się do udostępnienia danych technicznych urządzeń radiologicznych, niezbędnych do prawidłowego wykonania badania.**

Zleceniodawca, w związku z przedmiotowym zleceniem, oświadcza, że jest:

- Osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą
- Państwową jednostką budżetową
- Innym podmiotem (np. spółką)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
podpis zleceniodawcy lub osoby upoważnionej  
(upoważnienie w załączeniu)  
czytelnie imię i nazwisko, imienna pieczęć

**Załączniki do zlecenia**

- Załącznik 1 - radiografia ogólna - Zakres testów eksploatacyjnych specjalistycznych*
- Załącznik 2 - stomatologia - Dane aparatu stomatologicznego do zdjęć wewnątrzustnych*
- Załącznik 3 - stomatologia - Dane aparatu stomatologicznego do zdjęć pantomograficznych*
- Załącznik 4 - stomatologia - Dane aparatu CBCT*
- Załącznik 5 - monitory - Zakres testów eksploatacyjnych specjalistycznych*