**ZLECENIE/PRZEGLĄD ZLECENIA\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr zlecenia: |  | Data przeglądu: |  |
| Nazwa i adres nabywcy:  ( NIP) | |  | |
| Nazwa i adres odbiorcy( klienta) | |  | |
| Zakres badań/pomiarów\*  oraz metody badawcze stosowane w sekcji | | LŻ LPW LM LR LŚP ……  *(wykaz metod w załączeniu)* | |
| Cel badań/pomiarów | | w obszarze regulowanym prawnie:………………………….  poza obszarem regulowanym prawnie  urzędowa kontrola i monitoring  dla celów środowiska pracy (BHP)  środowiska  inne (opisać)… | |
| Informowanie klienta o *przydatności* ***/****nieprzydatności*\* *badań/pomiarów*\*  w obszarze regulowanym prawnie\*\* | | tak nie nie dotyczy | |
| Stwierdzenie zgodności  z wymaganiem**/**specyfikacją \*\*\* | | tak nie nie dotyczy | |
| Zasada podejmowania decyzji | | zasada prostej akceptacji według ILAC-G8:09/2019  (stwierdzenie zgodności binarne z ryzykiem błędnej akceptacji lub błędnego odrzucenia poniżej 50%)  inna zasada według ILAC-G8:09/2019: ………………………………………………………………………...  inna /określona przez prawo, regulatora, dokument normatywny \* (opisać) ………………………………………………………………. | |
| Zasadę podejmowania decyzji | | określił klient.  zaproponowano klientowi przez laboratorium.  *Poziom ryzyka nie będzie rozpatrywany w przypadku gdy zasada podejmowania decyzji jest określona przez klienta, przepisy lub dokumenty normatywne.* | |
| Pobieranie próbek | | klient laboratorium | |
| Środek transportu | | klient WSSE nie dotyczy | |
| Data i godzina pobrania próbek/wykonania pomiarów | | \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ nie dotyczy | |
| Termin realizacji zlecenia | | \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ | |
| Sposób przekazania sprawozdania  z badań | | bezpośrednio pocztą inne | |
| Należność za badania/pomiary | | przelewem gotówką w kasie | |
| Zasady komunikowania się z klientem | | elektronicznie *e-mail:………………………………………*  telefonicznie *nr tel.:………………………………….*  pisemnie (*podać adres jeżeli jest inny niż w zleceniu)* | |
| Inne uzgodnienia: | |  | |

**Uwagi:**

* *w przypadku, kiedy wyniki będą wskazywać na zagrożenie środowiska, zdrowia lub życia człowieka o powyższym fakcie zostanie powiadomiony właściwy Inspektor Sanitarny,*
* *klient został poinformowany o sposobie pobierania próbki,*
* *w przypadku pobrania próbek przez klienta laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za pobór i transport,*
* *klient ma prawo do złożenia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania.*
* *klient został poinformowany o możliwości uczestniczenia jako obserwator w badaniu próbki,*
* *literą N oznaczono metody nieakredytowane (spełniające wymagania normy PN-EN ISO/IEC 17025),*
* *literą NN oznaczono metody nieakredytowane nie spełniające wymagania normy PN-EN ISO/IEC 17025,*
* *laboratorium zobowiązuje się do zachowania bezstronności i poufności uzyskanych danych,*
* *laboratorium informuje klienta i przedstawia niepewność wyniku ilościowego badania w sprawozdaniu zgodnie z wymaganiami PN-EN ISO/IEC 17025 i EA-04/16.*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* W przypadku badań z obszaru regulowanego, laboratorium zawsze informuje Klienta o nieprzydatności wyników badania do stwierdzenia zgodności z wymaganiami/specyfikacją, kiedy zamierza wykonać badania metodą inną, niż określa to przepis prawa. W przypadku uzyskania akceptacji tych uwarunkowań przez Klienta, laboratorium zawsze przedstawia powyższą informację w sprawozdaniu z badań.

\*\*\* W uzasadnionych przypadkach gdy:

* badanie jest realizowane na potrzeby obszaru regulowanego,
* system oceny zgodności obszaru regulowanego przewiduje wykorzystanie rezultatów (wyników) akredytowanych badań i określa wymagania/specyfikacje dotyczące wyników pomiarów,
* wynik badania ilościowego nie będzie zawierał się w zakresie pomiarowym akredytowanej metody (AB 311),

laboratorium przedstawienie stwierdzenia zgodności realizuje w ramach opinii i interpretacji bazując na uzyskanym rezultacie badania i jego interpolacji w odniesieniu do dolnej/górnej granicy zakresu pomiarowego akredytowanej metody Nie dotyczy badań mikrobiologicznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na podstawie art.29 i art.32 ust.4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE(Dz. Urz. UE L119s.1).

Oświadczam, że w związku ze zleceniem badania otrzymałem/am\* i zapoznałem/am się z poniższą klauzulą informacyjną i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Białymstoku moich danych osobowych wskazanych w tej klauzuli.

**Klauzula informacyjna:**

1. Administratorem danych jest Podlaski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, ul. Legionowa 8,15-099 Białystok;
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku: ul. Legionowa 8, 15-099 Białystok, pokój nr 14, e-mail: IOD@bialystok.wsse.gov.pl, telefon: (85) 740 85 63;
3. Dane są przetwarzane w związku z realizacją zleconego zakresu badań,
4. Dane podlegające przetwarzaniu: imię i nazwisko, adres miejsca zamieszkania;, adres: e-mail, telefon kontaktowy,
5. Dane mogą być przekazane:
6. Podlaskiemu Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu w Białymstoku, Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu woj. podlaskiego w razie dodatniego wyniku badania i innym instytucjom w celu przeprowadzania dalszych badań;
7. Dane będą przechowywane przez okres 20 lat, zgodnie z przepisami określającymi okres przechowywania dokumentów w celach archiwalnych;
8. Przysługuje Panu/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do własnych danych, ich sprostowania, usunięcia, lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu do przetwarzania danych;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
10. Nie podanie danych może uniemożliwić wykonanie zleconego badania i skutkować odmową jego wykonania;

……………………………………………… ………………………………………..

*imię i nazwisko osoby dokonującej przeglądu czytelny podpis klienta*

**WYPEŁNIA LABORATORIUM** (jeśli dotyczy):

1. Data/godzina dostarczenia próbek:
2. Próbki dostarczył:
3. Kod próbki:
4. Rodzaj próbki:
5. Ocena stanu próbki:
6. Uwagi:

……………………………………………… ………………………………………..

*podpis osoby przyjmującej próbkę czytelny podpis klienta*