|  |  |
| --- | --- |
| **Zleceniodawca**/pełna nazwa firmy-adres osoba fizyczna – nazwisko, imię, adres/..........................................................................................................................................................................................................................................NIP ........................................................................ Numer KRS lub numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej………………………………………………………………………….w przypadku Spółki Cywilnej - imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania wspólników spółki……………………………………………………………………………………………………………………………………………………Osoba wyznaczona do kontaktu / telefon kontaktowy:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | …………………………(miejscowość, data) |
| **Wojewódzka Stacja****Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinie****ul. Spedytorska 6/7****70 - 632 Szczecin** |

**ZLECENIE**

Zlecam wykonanie:

1. **Testów specjalistycznych aparatury radiologicznej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zastosowanie aparatury radiologicznej | Dokument odniesienia\* | Zaznaczyć przedmiot zlecenia 1 |
| Stomatologiczne zdjęcia wewnątrzustne  | Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 roku w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz.U. 2022, poz. 2759).PB/ŚR/R/02 wydanie VI z dnia 20.03.2023 r. (A) |  |
| Radiografia ogólna cyfrowa (do zdjęć stacjonarnych/ przyłóżkowych)  | Załącznik nr 1,2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 roku w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz.U. 2022, poz. 2759).PB/ŚR/R/05 wydanie V z dnia 20.03.2023 r. (A) |  |
| Monitor służący do prezentacji obrazów diagnostycznych | Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 roku w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz.U. 2022, poz. 2759).PB/ŚR/R/04 wydanie IV z dnia 20.03.2023 r. (A) |  |
| Stomatologiczne zdjęcia pantomograficzne i cefalometryczne | Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 roku w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz.U. 2022, poz. 2759).PB/ŚR/R/11 wydanie III z dnia 20.03.2023 r.(N) |  |

\* A - metoda badawcza akredytowana, N - metoda nieakredytowana;

Zakres akredytacji PCA nr AB 515 wyd. nr 27 z dnia 30.06.2023 roku.

|  |
| --- |
| Informacja o aparacie rentgenowskim: |
| Typ aparatu rentgenowskiego: |  |
| Producent aparatu rentgenowskiego: |  |
| Numer seryjny aparatu rentgenowskiego: |  |
| Miejsce pracy aparatu rentgenowskiego: |  |
| Odczyt obrazu: | Analogowy (klisze rentgenowskie) / cyfrowy pośredni (panele CR) / cyfrowy bezpośredni 1 |

|  |
| --- |
| Informacja o urządzeniu pomocniczym: |
| Typ, producent i miejsce zainstalowania negatoskopu (jeśli dotyczy) |  |
| Typ, producent i miejsce zainstalowania wywoływarki (jeśli dotyczy) |  |

|  |
| --- |
| Monitory służące do prezentacji obrazów diagnostycznych: |
| Typ, producent i miejsce zainstalowania monitora |  |
| Zastosowanie monitora | Radiografia ogólna / Mammografia, Tomografia / angiografia / pantomografia / tomografia stomatologiczna / stomatologia wewnątrzustna 1 |
| Rodzaj stanowiska | Opisowe / Przeglądowe 1 |

1. **Pomiarów mocy dawki promieniowania jonizującego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejsce pomiaru | Dokument odniesienia\* | Zaznaczyć przedmiot zlecenia1 |
| Wokół aparatu rentgenowskiego (skuteczność zastosowanych osłon stałych) | PB/ŚR/R/07 „Pomiar skażeń powierzchni substancjami alfa, beta i gamma promieniotwórczymi oraz pomiar mocy dawki promieniowania X i gamma” - wydanie II z dnia 22 listopada 2019 roku |  |
| Na stanowiskach pracy wokół aparatu rentgenowskiego | PB/ŚR/R/07 „Pomiar skażeń powierzchni substancjami alfa, beta i gamma promieniotwórczymi oraz pomiar mocy dawki promieniowania X i gamma” – wydanie II z dnia 22 listopada 2019 roku |  |

\* N - metoda badawcza nieakredytowana;

|  |
| --- |
| Informacja o aparacie rentgenowskim: |
| Przeznaczenie aparatu rentgenowskiego: | Stomatologiczny do zdjęć wewnątrzustnych / do zdjęć stacjonarny / jezdny do zdjęć przyłóżkowych/ stomatologiczny pantomograficzny/ zabiegowy z ramieniem C/ do zdjęć i prześwietleń/ tomograf komputerowy/ mammograf / angiograf/ 1) |
| Typ i producent aparatu rentgenowskiego: |  |
| Miejsce zainstalowania aparatu rentgenowskiego: |  |

**Informacja dodatkowa:**

1. w przypadku pomiarów skuteczności osłon stałych należy zapewnić dostęp do pomieszczeń sąsiadujących ze źródłem promieniowania jonizującego,
2. w przypadku pomiarów skuteczności osłon stałych należy zapewnić projekt osłon stałych.

 **Cel pomiarów1:**

* + - **Stwierdzenie zgodności w obszarach regulowanych prawnie:**

□ Ustawa [Prawo atomowe](http://www.kcor.gov.pl/images/stories/prawo/D20120264Lj.pdf) (t.j. Dz. U. z 2021 roku, poz. 1941).

□ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 roku w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz.U. 2022, poz. 2759).

□ Inne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* + - **Potrzeby własne klienta.**

**Forma płatności za wykonanie zlecenia – po otrzymaniu faktury należy dokonać przelewu na konto bankowe:
08 1010 1599 0054 5422 3100 0000 NBP OO/Szczecin.**

**Sposób odbioru „Sprawozdania z badań”1:** osobiście / pocztą na adres.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ZLECENIODAWCA OŚWIADCZA ŻE:**

1. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o metodach badawczych stosowanych przez Laboratorium przy realizacji niniejszego zlecenia, zamieszczonych na stronie internetowej www.gov.pl/web/wsse-szczecin w „Wykazie metod badawczych stosowanych w Laboratorium Badań Środowiskowych i Radiacyjnych” lub przedłożonych mi przez osobę przyjmującą zlecenie;
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych dla celów przeprowadzenia badań.
3. Akceptuję uzgodnioną z Laboratorium zasadę podejmowania decyzji przy stwierdzaniu zgodności wyniku z wymaganiami oraz ryzyko podjęcia błędnej decyzji oszacowane w laboratorium1:

□ nie dotyczy;

□ wytyczne zleceniodawcy……………………………………………………………………;

□ zgodnie z dokumentem prawnym……………………………………………………;

□ przyjęta w laboratorium – zasada prostej akceptacji określona w dokumencie ILAC-G8:09/2019„Wytyczne dotyczące zasad podejmowania decyzji i stwierdzeń zgodności" (określenie czy wynik jest niższy, czy wyższy od wartości dopuszczalnej; ryzyko błędnej akceptacji lub błędnego odrzucenia dla wyników zbliżonych do wartości granicznych dochodzi do 50%);

□ przyjęta w laboratorium – z uwzględnieniem pasma ochronnego określona w dokumencie ILAC-G8:09/2019 „Wytyczne dotyczące zasad podejmowania decyzji i stwierdzeń zgodności": ryzyko do 50% (dla warunkowej zgodność/warunkowej niezgodności w przypadku wyników zbliżonych bądź równych granicy tolerancji/ limitu/ wartości parametrycznej); ryzyko ok. 2,5% (dla zgodności/niezgodności w przypadku wyników poniżej lub powyżej granicy /limitu/ wartości parametrycznej).

Dla wyników spoza zakresu akredytacji laboratorium stwierdzenia zgodności wykonuje
w ramach opinii i interpretacji. W takich przypadkach, otrzymany rezultat badania interpolowany jest do dolnej/górnej granicy zakresu pomiarowego, a następnie porównywany do wartości granicznej/dopuszczalnej.

**ZLECENIOBIORCA OŚWIADCZA ŻE:**

1. W przypadku, kiedy wyniki badań wskażą na zagrożenie zdrowia lub życia ludzi zleceniobiorca powiadomi o tym fakcie właściwego terytorialnie Państwowego Inspektora Sanitarnego;
2. W obszarze regulowanym prawnie stwierdzenie zgodności wyniku dokonywana jest zgodnie
z aktualnymi aktami prawnymi;
3. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinie dostępna jest w punkcie przyjęcia próbek oraz na stronie internetowej WSSE w Szczecinie;
4. W przypadku zastrzeżeń do zrealizowanego zlecenia zleceniodawca ma prawo wnieść skargę. Opis sposobu postępowania ze skargami w Laboratorium, a także informacja o przebiegu rozpatrywania złożonej skargi jest dostępny w Laboratorium na życzenie.
5. Wyniki z badań przedstawiane są z niepewnością.

 …………....................................................

/czytelny podpis - pieczątka osoby uprawnionej
/upoważnionej do reprezentacji zleceniodawcy/