|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………..…………………… |  | ……………………..…………………… |
| (numer pisma nadany przez zleceniodawcę) |  | (miejscowość, data wystawienia zlecenia) |

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kielcach

Sekcja Badań Higieny Radiacyjnej

ul. Jagiellońska 68, 25-734 Kielce

e-mail: lab.rad.wsse.kielce@sanepid.gov.pl

**ZLECENIE
WYKONANIA TESTÓW JAKOŚCI APARATURY RENTGENODIAGNOSTYCZNEJ**

1. Dane Zleceniodawcy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres zleceniodawcy: |  |
| NIP zleceniodawcy: |  |
| Nr KRS lub nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej: |  |
| Osoby upoważnione do kontaktu i telefony kontaktowe: |  |
| Cel wykonania testów *(właściwe zakreślić)*:  | Testy specjalistyczne | …………………….…………... inny |
| Zlecenie w związku z prowadzeniem działalności *(właściwe zakreślić)* | TAK | NIE |

2. Dane aparatury rtg *(wypełnić poszczególne pozycje jeśli dotyczy, powtórzyć tabele dla większej liczby urządzeń)*

|  |
| --- |
| **aparat rtg** |
| Miejsce zainstalowania aparatu rtg *(nazwa jednostki, adres, oddział, pomieszczenie)*: |  |
| rodzaj aparatu rtg *(właściwe zakreślić)* | do rentgenodiagnostyki ogólnej  | stół / stojak |
| do fluoroskopii:  |
| mammograf  |
| stomatologiczny-punktowy |
| pantomograf |
| pantomograf z przystawką cefalometryczną |
| inny: |
| model / typ aparatu rtg |  |
| producent aparatu rtg |  |
| numer fabryczny aparatu rtg |  |
| rok produkcji aparatu rtg |  |
| rok zainstalowania aparatu rtg |  |
| numer fabryczny lampy rtg |  |
| wielkości ognisk lampy rtg |  |
| zakres wysokiego napięcia |  |
| zakres prądów |  |
| zakres czasów |  |
| zakres obciążenia prądowo – czasowego |  |
| filtracja całkowita wiązki promieniowania rtg |  |
| filtracja dodatkowa wiązki promieniowania rtg |  |
| czy aparat rtg jest wyposażony w system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC)? |  |
| czy aparat rtg jest wyposażony w system kolimacji automatycznej? |  |
| kratki przeciwrozproszeniowe *(równoległe czy ogniskowane? wymiary ogniskowych kratek)* |  |

|  |
| --- |
| **system obrazowania** |
| rejestrator obrazu *(właściwe zakreślić)* | błona rtg |
| klisze samowywołujące |
| płyty obrazowe |
| czujnik CCD |
| inne: |
| klasa czułości układu błona-ekran wzmacniający |  |
| liczba kaset |  |
| typ i model wywoływarki / systemu obrazowania |  |
| nr fabr. wywoływarki / systemu obrazowania |  |
| gęstość minimalna |  |
| współczynnik światłoczułości |  |
| współczynnik kontrastowości wyrażony średnim gradientem |  |

|  |
| --- |
| **Stanowisko przeznaczone do prezentacji obrazów medycznych** |
| oznaczenie identyfikacyjne stanowiska |  |
| pomieszczenie |  |
| rodzaj stanowiska *(właściwe zakreślić)* | opisowe | przeglądowe |
| przeznaczenie stanowiska *(właściwe zakreślić)* | radiografia ogólna | mammo- grafia  | TK, angiografia | panto- mografia | TK stomatologiczna |
| **Zestawienie monitorów na stanowisku** |
| Oznaczenie monitora | Monitor 1 | Monitor 2 | Monitor 3 |
| Typ |  |  |  |
| Nr fabryczny |  |  |  |
| Producent |  |  |  |
| Rodzaj monitora (LCD / CRT) |  |  |  |
| Przekątna ekranu |  |  |  |
| Data ostatniej kalibracji |  |  |  |
| Ustawienia monitora *(podczas prezentacji obrazów medycznych / testów)* | Jasność |  |  |  |
| Kontrast |  |  |  |
| Inne *(np. tryb DICOM)* |  |  |  |

|  |
| --- |
| **negatoskopy** |
| typnegatoskopu | numeridentyfikacyjny | miejscezainstalowania | liczbapól | wymiarypola |
|  |  |  |  |  |
| typnegatoskopu | numeridentyfikacyjny | miejscezainstalowania | liczbapól | wymiarypola |
|  |  |  |  |  |
| typnegatoskopu | numeridentyfikacyjny | miejscezainstalowania | liczbapól | wymiarypola |
|  |  |  |  |  |

1. Informacje dodatkowe ………………………………………………………………………………………...

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

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

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

1. Uzgodnione zasady zachowania poufności informacji i praw własności.

Zleceniodawca i zleceniobiorca zobowiązują się do zachowania poufności informacji i praw własności.
W przypadku uzyskania wyników wskazujących na zagrożenie zdrowia lub życia człowieka zostanie powiadomiony właściwy terytorialnie Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny.

1. Zleceniodawca ma prawo złożenia reklamacji na wyniki badań, w formie pisemnej, w terminie 14 dni
od daty otrzymania wyników badań. Reklamacje rozpatrywane będą zgodnie z procedurą obowiązującą
u Zleceniobiorcy.
2. Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z warunkami świadczenia usługi przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Kielcach.
3. Wszelkie spory powstałe na tle wykonania niniejszego zlecenia (umowy) rozstrzygać będzie właściwy rzeczowo sąd z siedzibą w Kielcach.
4. Zleceniodawca dokona płatności gotówką w kasie WSSE w Kielcach lub przelewem na konto, nie później
niż w terminie określonym na fakturze wystawionej przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną
w Kielcach za wykonane badania. W przypadku nieterminowej zapłaty, WSSE w Kielcach zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Kielcach, których Administratorem jest Świętokrzyski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny / Dyrektor, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych („RODO”). Dane osobowe będą przetwarzane w celu świadczenia usług i wystawienia faktury za usługę. W myśl w/w rozporządzenia - osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo dostępu do treści jej danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu, wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodne z prawem przetwarzanie, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W razie takiej konieczności dane mogą być udostępniane podmiotom współpracującym z Administratorem przy realizacji powyższego celu oraz uprawnionym organom.
6. Załączniki:……………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………………..……………… |
|  | ZLECENIODAWCAczytelny podpis oraz imienna pieczęć osoby upoważnionej do zaciągania zobowiązań finansowych (zobowiązanie do zapłaty za badanie) |