ZLECENIE NR ……/…….r. NA BADANIA SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI

Numer sprawy: OL-C…….....20….. **Lp. badań: …….....…**

UWAGA – DRUK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Szare pola wypełnia Laboratorium

DANE ZLECENIODAWCY

……
Imię i nazwisko / nazwa firmy

……

……
Telefon

……
NIP

……
Miejsce pobrania

POWIATOWA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA w KONINIE
62-500 Konin
ul. Stanisława Staszica 16

* Rodzaj testu: ☐ ATTEST 3M ☐ SPORAL A ☐ SPORAL S ☐ Inne (jakie?)……...

Typ urządzenia sterylizującego: …….

Warunki sterylizacji: Temperatura: ……... Czas: …….. Ciśnienie: ……

METODA BADAWCZA

Badanie skuteczności sterylizacji za pomocą testów biologicznych PB-04/OL-C: Wyd. 04 z dn. 21.04.2026 r. na podstawie instrukcji producentów wskaźników. Metoda hodowlana. Q

Q – metoda akredytowana; Nr certyfikatu akredytacji: AB 648

Lp.	Rozmieszczenie testów	Data i godzina sterylizacji	Stan próbki p-prawidłowy n-nieprawidłowy	Kod próbki	Data i godzina przyjęcia próbki

* Próbka dostarczona przez: ☐ zleceniodawcę ☐ PSSE……... ☐ ……...
(imię i nazwisko)

* Odbiór wyniku badania: ☐ osobiście ☐ przez Internet

* Forma płatności: ☐ opłata w kasie PSSE w Koninie ☐ przelew

Orientacyjny termin realizacji zlecenia: ……..

Koszt badania: …….. faktura nr ……../……

1. Laboratorium zapewnia bezstronność i poufność badań. Informacje (w tym wyniki badań) uzyskane podczas realizacji zlecenia Klienta są poufne.
2. Klient został poinformowany, iż przetwarzanie danych osobowych przez PSSE w Koninie jest niezbędne do wykonania umowy/zlecenia i zapoznał się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Sposób przetwarzania będzie zgodny z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych (dotyczy osób fizycznych). Klauzula informacyjna dostępna na miejscu oraz pod adresem: www.gov.pl/web/psse-konin/klauzula-informacyjna.
3. Klient lub inna strona ma prawo do złożenia skargi/wniosku.
4. Klient oświadcza, że dane podane w Zleceniu są prawdziwe.

5. Klient oświadcza, że dostarczona próbka/próbki do badania zostały pobrane i transportowane zgodnie z instrukcjami użytkowymi Laboratorium dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek do badania.
6. W przypadku wskazania do ponownego pobrania próbek i powtórzenia badania koszty ponosi Klient.
7. Klient wyraża zgodę na kontakt telefoniczny w sprawach związanych ze Zleceniem.
8. Laboratorium zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta.
9. Kompetencje Laboratorium potwierdzone akredytacją w odniesieniu do normy PN-EN ISO/IEC 17025 nie obejmują etapu przedanalitycznego i poanalitycznego.

…….
Data i podpis zleceniodawcy

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a upoważniam Pana/Panią…….

legitymującego się dokumentem tożsamości numer: …… seria ……..do odbioru sprawozdania z badań.

…….
Data i podpis zleceniodawcy

…….
Data i podpis osoby przyjmującej zlecenie

…….
Data i podpis osoby odpowiedzialnej za przegląd zlecenia w OL

* Właściwe zaznaczyć.