

**PSSE w Bytomiu**  
**Oddział Laboratoryjny**  
**Sekcja Badań Chorób Zakaźnych i Zakażeń**

.....  
 pieczętka Klienta

**ZLECENIE Nr OL/BChZ/.....**

Zlecam wykonanie badania skuteczności sterylizacji urządzenia do sterylizacji testem biologicznym

Dane Klienta (nazwisko, nazwa firmy, adres) .....

- Typ urządzenia do sterylizacji .....
- Lokalizacja urządzenia do sterylizacji .....
- Rodzaj testu:   sporal A \*         
                   sporal S \*         
                   inny test biologiczny \*

**Parametry sterylizacji**

Data / godzina kontroli sterylizacji Testy należy dostarczyć do 24 godzin od wykonania kontroli	Temperatura (°C)	Czas (min.)	Ciśnienie *	Data / godzina przyjęcia testów do badania
Data:			<input type="checkbox"/> bar	Data:
Godzina:			<input type="checkbox"/> atm <input type="checkbox"/> MPa <input type="checkbox"/> kPa	Godzina:

- Rozmieszczenie testów:  
 Test Nr 1 .....
- Test Nr 2 .....
- Test Nr 3 .....
- Test Nr 4 .....
- Test kontrolny nr serii .....data ważności .....
- Testy \* :   własne      PSSE Bytom      ilość sztuk .....

Poinformowano mnie o warunkach realizacji zlecenia.

Klient

.....  
 podpis klienta lub jego przedstawiciela

\* - właściwie zaznaczyć X