

.....
(Numer klienta)

dnia.....

ZLECENIE BADANIA SPOROTESTÓW UŻYTYCH DO KONTROLI SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI

Klient:.....
.....

Nazwa i adres instytucji objętej badaniem skuteczności sterylizacji:

.....
.....

Rodzaj sporotestu

Data kontroli urządzenia sterylizującego

Lokalizacja urządzenia sterylizującego.....

Typ i numer urządzenia sterylizującego

Warunki sterylizacji:

Temperatura [°C]	Ciśnienie [atm lub bar]	Czas trwania [min]

Rozmieszczenie testów

Lp.	Test	Lokalizacja testu
1.	Nr1	
2.	Nr 2	
3.	Nr 3	
4.	Nr 4	
5.	Nr 5	

Rodzaj wsadu

Nazwisko i imię osoby przeprowadzającej sterylizację

Stanowisko służbowe

.....
Podpis lub/i pieczęć klienta

Data i godzina dostarczenia próbek:

.....

Numer klienta/ Numer próbki/ kod próbki

1.ChZZ/...../...../20....

.....
Podpis pracownika przyjmującego próbkę

Uwagi pracownika przyjmującego próbkę

.....
.....