ZLECENIE NR OBEK.9052. ..... .DM. z dnia.....

na badanie biologicznej kontroli skuteczności sterylizacji urządzenia sterylizującego
w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie; ul. Żołnierska 16; 10-561 Olsztyn
Laboratorium w Elblągu; ul. Gen. J. Bema 40; 82-300 Elbląg

---

1. **Zlecam wykonanie badania biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji przeprowadzonej dnia ……. w urządzeniu sterylizującym, zlokalizowanym (nazwa i adres): ……**
   ……
   ……
   o nazwie: …… rok produkcji: ……. nr fabryczny: ……

   o parametrach fizycznych procesu sterylizacji:
   temperatura: …… czas: …… ciśnienie: ……

   za pomocą*: SPORAL A; SPORAL S; DUOSPORE nr serii: ……. data ważności: ……

2. Wyrażam zgodę na wykonanie badania metodą stosowaną w OBEK: PO-OBEK-04 z dnia 01.06.2009 r.: Obecność drobnoustrojów wskaźnikowych : *Geobacillus stearothermophilus; Bacillus subtilis.*

3. Zostałem poinformowany o sposobie pobrania i transportu próbki do laboratorium zgodnie z Instrukcją I-01/PO-OBEK-03 „Pobieranie ,przechowywanie i transport próbek do badań mikrobiologicznych"

4. Zobowiązuję się dokonać zapłaty za wykonanie badania zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem w kwocie: …….. .

5. Proszę o wystawienie faktury VAT zgodnie z zamieszczonymi na zleceniu danymi zawartymi w lewym dolnym rogu zlecenia uwzględniającymi: pełną nazwę podmiotu gospodarczego, dokładny adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr lokalu) oraz NIP (może być pieczątka)

   ☐ **ZAPOZNAŁEM SIĘ Z „KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ" ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB I REALIZACJI NINIEJSZEGO ZLECENIA ZGODNIE Z POSTANOWIENIAMIJ** ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIETNIA 2016R W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH I W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPŁYWU TAKICH DANYCH ORAZ UCHYLENIA DYREKTYWY 95/46/WE.
   PODANIE DANYCH JEST DOBROWOLNE, W KAŻDEJ CHWILI PRZYSŁUGUJE PRAWO WGLĄDU DO DANYCH, ICH POPRAWIANIA LUB USUNIĘCIA. ŻĄDANIE USUNIĘCIA DANYCH OZNACZA REZYGNACJĘ Z WYKONANIA BADAŃ I SPOWODUJE NIEZWŁOCZNE USUNIĘCIE DANYCH

Nazwa i adres zlecającego badanie/ Dane do FAKTURY:

……
……
……

……
podpis zleceniodawcy

Poniższą część ZLECENIA wypełniają pracownicy Oddziału Badań Epidemiologiczno-Klinicznych

6. **Próbka dostarczona do laboratorium przez klienta dnia: …….**
7. **Ocena przydatności próbki*: pozytywna / negatywna**

……
Osoba dokonująca przeglądu zlecenia i próbki
data i podpis

* Właściwe podkreślić