|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………..…………………… |  | ……………………..…………………… |
| (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

**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** | | | | |
| typ  negatoskopu | numer  identyfikacyjny | miejsce  zainstalowania | liczba  pól | wymiary  pola |
|  |  |  |  |  |
| typ  negatoskopu | numer  identyfikacyjny | miejsce  zainstalowania | liczba  pól | wymiary  pola |
|  |  |  |  |  |
| typ  negatoskopu | numer  identyfikacyjny | miejsce  zainstalowania | liczba  pól | wymiary  pola |
|  |  |  |  |  |

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. 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.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Kielcach, zwaną Administratorem, 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.

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