

ZLECAJĄCY:

(Nazwisko i imię lub nazwa firmy i adres)

....., dnia

(miejsowość)

.....

.....

NIP:

**Wojewódzka Stacja
Sanitarно-Epidemiologiczna
ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B
66-400 Gorzów Wlkp.**

ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ SKUTECZNOŚCI PROCESU STERYLIZACJI

Próbki/-ek dostarczonej/-nych do Działu Laboratoryjnego WSSE w Gorzowie Wlkp.

Miejsce pobrania próbki/ -ek (adres)* :

.....

Data i godzina przeprowadzenia sterylizacji*:

Osoba przeprowadzająca sterylizację*:

Typ sterylizatora i nr fabryczny*:

Nazwa, seria i data ważności **biologicznego wskaźnika procesu sterylizacji***:

.....

Miejsce założenia **biologicznego
wskaźnika procesu sterylizacji***

Identyfikator oddziałowy próbki**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zakres badań do wykonania:

zaznaczyć „x” odpowiedni rodzaj badania	Rodzaj badania	Metoda badawcza
	Obecność drobnoustroju wskaźnikowego <i>Geobacillus stearothermophilus</i> (A)	PB-OMiP-12 wydanie 4 z dnia 15.02.2019 r. w oparciu o instrukcje producenta
	Obecność drobnoustroju wskaźnikowego <i>Geobacillus stearothermophilus</i> (N)	PB-OMiP-12 wydanie 5 z dnia 04.02.2026 r.

	Obecność drobnoustroju wskaźnikowego <i>Bacillus subtilis</i> (A)	PB-OMiP-10 wydanie 8 z dnia 15.02.2019 r. w oparciu o instrukcje producenta
	Obecność drobnoustroju wskaźnikowego <i>Bacillus subtilis</i> (N)	PB-OMiP-10 wydanie 9 z dnia 04.02.2026

(A)- badanie objęte akredytacją Polskiego Centrum Akredytacji, certyfikat AB 486, aktualny zakres akredytacji: www.pca.gov.pl

(N)- badanie nieakredytowane, nie objęte systemem zarządzania PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Wyniki badań są własnością klienta. Laboratorium nie będzie ich rozpowszechniać bez zgody klienta, jednakże Laboratorium może odstąpić od tej zasady w przypadku, gdy wyniki badań wskazują na zagrożenie życia lub zdrowia ludzi.
2. W przypadku próbek/ materiału do badań pobranych przez klienta wyniki badań dotyczą wyłącznie badanego obiektu/badanej próbki/ materiału do badań i odnoszą się do otrzymanej próbki/ materiału do badań.
3. Istnieje możliwość złożenia skargi na działalność laboratorium.
4. Akceptuję wykonanie badań wg metod stosowanych w Oddziale Mikrobiologii i Parazytologii opartych na własnych procedurach badawczych, przedstawionych powyżej w niniejszym zleceniu.
5. Dział Laboratoryjny WSSE nie uczestniczy w pobieraniu próbek. próbki są pobierane przez zlecającego zgodnie z wytycznymi otrzymanymi w Oddziale Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Gorzowie Wlkp. Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za sposób pobrania materiału do badań.
6. Zakres badań i metod badawczych stosowanych przez Oddział Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Gorzowie Wlkp. oraz informacje dotyczące pobierania, przechowywania i transportu próbek z biologicznym wskaźnikiem kontroli skuteczności sterylizacji parą wodną w nadciśnieniu oraz suchym gorącym powietrzem, dostępne są na stronie : www.gov.pl/web/wsse-gorzowwlpk
7. Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za informacje podane przez klienta, mogące wpływać na ważność wyników badań.
8. Laboratorium jest odpowiedzialne za zarządzanie wszystkimi informacjami uzyskiwanymi lub wytworzonymi podczas realizacji działalności laboratoryjnej. Wszystkie informacje są uznawane za zastrzeżone i są chronione, chyba że uzgodnienia ze Zleceniodawcą są inne.
9. Bez pisemnej zgody WSSE w Gorzowie Wlkp. sprawozdanie z badań nie może być powielane inaczej, jak tylko w całości.

Oświadczenie (wypełnia tylko zlecający, będący osobą fizyczną)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) potwierdzam, że przed złożeniem powyższego zlecenia na wykonanie badań laboratoryjnych zostałem(-am) poinformowany(-a) że:

1. Administratorem danych, które podałem(-am) w w/w zleceniu staje się Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Gorzowie Wlkp. przy ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B, 66-400 Gorzów Wlkp. (kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod.wsse.gorzow@sanepid.gov.pl).
2. Swoje dane osobowe podaje dobrowolnie i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w ramach WSSE w Gorzowie Wlkp. w celu: jednoznacznego określenia właściciela próbek; uwiarygodnienia wszelkich innych danych przekazanych w zleceniu, ew. nawiązania współpracy podczas wykonywania badań oraz wystawienia rachunku za przeprowadzone badania.
3. Przekazane dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa.
4. Mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania

.....
(podpis zlecającego)*

* wypełnia zlecający,

** wypełnia pracownik WSSE

Dział Laboratoryjny WSSE nie uczestniczy w pobieraniu próbek. próbki są pobierane przez zlecającego zgodnie z wytycznymi otrzymanymi w Oddziale Mikrobiologii i Parazytologii WSSE w Gorzowie Wlkp.

Stan próbek w chwili przyjęcia**:

prawidłowy nieprawidłowy

Data przyjęcia próbek do laboratorium**:

Uwagi laboratorium:

.....
 (podpis osoby przyjmującej próbki)**

** wypełnia pracownik laboratorium WSSE Gorzów Wlkp.