

.....
(Numer klienta)

dnia.....

ZLECENIE BADANIA BIOLOGICZNYCH WSKAŹNIKÓW KONTROLI SKUTECZNOŚCI PROCESU STERYLIZACJI

Klient.....
.....

Nazwa i adres instytucji objętej badaniem skuteczności sterylizacji:
.....
.....

Nazwa sporotestu
Numer serii i data ważności sporotestu
Data i godzina przeprowadzenia sterylizacji
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
.....
.....