|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………..…………………… |  | ……………………..…………………… |
| (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 POMIARÓW DOZYMETRYCZNYCH W OTOCZENIU APARATURY RTG**

1. Dane Zleceniodawcy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres  zleceniodawcy: |  | |
| Adres do korespondencji |  | |
| NIP zleceniodawcy: |  | |
| Nr KRS lub nr wpisu  do ewidencji działalności gospodarczej: |  | |
| Osoby upoważnione  do kontaktu i telefony kontaktowe: |  | |
| 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 |  | |
| model / typ aparatu rtg |  | |
| producent aparatu rtg |  | |
| numer fabryczny aparatu rtg |  | |
| rok produkcji aparatu rtg |  | |
| rok zainstalowania aparatu rtg |  | |
| typ lampy rtg |  | |
| numer fabryczny lampy rtg |  | |
| **Parametry aparatu rtg** | | |
|  | **nominalne** | **podczas pomiarów** |
| zakres wysokiego napięcia [kV] |  |  |
| zakres prądów [mA] |  |  |
| zakres czasów [s] |  |  |
| zakres obciążenia prądowo – czasowego [mAs] |  |  |
| filtracja całkowita wiązki promieniowania rtg |  |  |
| filtracja dodatkowa wiązki promieniowania rtg |  |  |
| inne |  |  |

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) |