

.....  
(Numer klienta)

dnia.....

## ZLECENIE BADANIA BIOLOGICZNYCH WSKAŹNIKÓW KONTROLI SKUTECZNOŚCI PROCESU STERYLIZACJI

Klient:.....  
.....

Nazwa i adres instytucji objętej badaniem skuteczności sterylizacji:

.....  
.....

Rodzaj 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

.....  
.....