

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|  | <b>Zleceniobiorca</b><br><b>Wojewódzka Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Katowicach</b><br><b>Dział Laboratoryjny</b><br><b>Oddział Badań Radiacyjnych i Środowiska Pracy</b><br><b>40-074 Katowice, ul. Raciborska 39</b><br><b>tel.: 32 351 23 00; e-mail: <a href="mailto:wsse.katowice@sanepid.gov.pl">wsse.katowice@sanepid.gov.pl</a></b> | Identyfikator Klienta (wypełnia Laboratorium):<br><br> |
|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Data wpłynięcia do WSSE w Katowicach:                  |

## ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ/POMIARÓW

| ZLECENIODAWCA (KLIENT) (wypełnia Klient)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Pełna nazwa Zleceniodawcy:<br><small>W przypadku osoby fizycznej: imię i nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, numer PESEL</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Adres:<br><small>W przypadku osoby fizycznej: adres zamieszkania; w przypadku spółki cywilnej: adresy zamieszkania wspólników spółki</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| NIP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| REGON:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Dane do faktury VAT<br>(jeśli są inne niż Zleceniodawcy) :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Osoba upoważniona do kontaktu ze strony Zleceniodawcy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | imię i nazwisko:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | telefon kontaktowy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | adres e-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| Ustalenia dotyczące sposobu płatności za realizację badań/pomiarów:<br><small>(Koszt realizacji zlecenia obliczany jest na podstawie załącznika do zarządzenia Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach nr 8 z dnia 19 marca 2024 r. w sprawie cennika za usługi zleczone, wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością, wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej. Do kosztów badania należy doliczyć koszty transportu pracownika samochodem służbowym do miejsca wykonywania pomiarów i z powrotem (1,15 zł netto z a 1 km))</small> | <input type="checkbox"/> Zleceniodawca zobowiązany jest do uregulowania należności za badania przed wykonaniem badań. Równocześnie odstępuje od sporządzania umowy oraz upoważnia WSSE w Katowicach do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.<br>Płatność - przelew na rachunek bankowy nr:<br><b>NBP o/o Katowice nr 59 1010 1212 0053 3722 3100 0000</b><br>lub gotówką w kasie WSSE w Katowicach. |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Zleceniobiorca sporządzi umowę dotyczącą warunków wykonania zlecenia oraz płatności zgodnie z danymi podanymi na zleceniu.                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> nie dotyczy – zlecenie wewnętrzne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |

| INFORMACJE DOTYCZĄCE POMIARÓW (wypełnia Klient)            |                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zlecam wykonanie badań / pomiarów w następującym zakresie: | <input type="checkbox"/> pole elektromagnetyczne w środowisku pracy                             |
|                                                            | <input type="checkbox"/> pole elektromagnetyczne w środowisku                                   |
|                                                            | <input type="checkbox"/> testy specjalistyczne urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych |
|                                                            | <input type="checkbox"/> rozkład mocy dawki promieniowania jonizującego X                       |

| DANE IDENTYFIKACYJNE URZĄDZENIA (wypełnia Klient) |                                                                                                                        |                                                                 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Lp.                                               | Dane urządzenia<br>(nazwa, nr seryjny, producent, forma rejestracji obrazu, częstotliwość źródła PEM, typ aparatu rtg) | Miejsce eksploatacji urządzenia / wykonania pomiarów<br>(adres) |
| 1.                                                |                                                                                                                        |                                                                 |
| 2.                                                |                                                                                                                        |                                                                 |
| ...                                               |                                                                                                                        |                                                                 |

Zlecam wykonanie badań/pomiarów jw. następującymi metodami (wypełnia Klient):

| Lp. | Rodzaj badania                                                                                                                    | Metoda badania**                                                                                                                                      | Zaznaczyć właściwe:      |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1.  | Pomiary natężenia pola elektromagnetycznego w środowisku pracy                                                                    | PN-T-06580-3:2002<br>Metoda dostosowana do obszaru regulowanego <b>A</b>                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Pomiary natężenia pola elektromagnetycznego w przestrzeni pracy podczas użytkowania urządzeń do magnetoterapii – środowisko pracy | Podstawy i Metody Oceny Środowiska Pracy 2016, nr 4(90), s. 151-180 <b>A</b>                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Pomiary natężenia pola elektromagnetycznego w otoczeniu instalacji elektroenergetycznych w środowisku                             | Załącznik do Rozporządzenia Ministra Klimatu z dnia 18.02.2020 r. (Dz. U. 2020 poz. 258) <b>N</b>                                                     | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Pomiary natężenia pola elektromagnetycznego w otoczeniu instalacji radiokomunikacyjnych: pomiary szerokopasmowe w środowisku      | Załącznik do Rozporządzenia Ministra Klimatu z dnia 18.02.2020 r. (Dz. U. 2020 poz. 258) <b>N</b>                                                     | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Pomiary natężenia pola elektromagnetycznego w otoczeniu instalacji radiokomunikacyjnych: pomiary selektywne w środowisku          | Załącznik do Rozporządzenia Ministra Klimatu z dnia 18.02.2020 r. (Dz. U. 2020 poz. 258) <b>N</b>                                                     | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Pomiary mocy dawki promieniowania jonizującego X w środowisku pracy i w środowisku ogólnym                                        | Procedura Badawcza HR/PB-03:30.01.2025 r. wydanie 5 <b>N</b>                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Testy specjalistyczne – urządzenia stosowane w radiografii ogólnej analogowej                                                     | Załącznik nr 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r. poz. 2759) HR/PB-05:30.04.2025 r. wydanie 7 <b>A</b>  | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Testy specjalistyczne – urządzenia stosowane w radiografii ogólnej cyfrowej                                                       | Załącznik nr 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r. poz. 2759) HR/PB-11: 30.04.2025 r. wydanie 4 <b>A</b> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Testy specjalistyczne – urządzenia stosowane w stomatologii (aparaty do zdjęć wewnątrzustnych)                                    | Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r. poz. 2759) HR/PB-08: 30.04.2025 r. wydanie 7 <b>A</b>     | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Testy specjalistyczne – urządzenia stosowane we fluoroskopii i angiografii                                                        | Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r. poz. 2759) HR/PB-09: 30.04.2025 r. wydanie 7 <b>A</b>     | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Testy specjalistyczne – urządzenia stosowane w mammografii analogowej                                                             | Załącznik nr 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r. poz. 2759) HR/PB-06: 30.04.2025 r. wydanie 7 <b>A</b> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Testy specjalistyczne – urządzenia stosowane w mammografii cyfrowej                                                               | Załącznik nr 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r. poz. 2759) HR/PB-12: 30.04.2025 r. wydanie 4 <b>A</b> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Testy specjalistyczne – monitory stosowane do prezentacji obrazów medycznych                                                      | Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r. poz. 2759) HR/PB-13: 30.04.2025 r. wydanie 4 <b>A</b>     | <input type="checkbox"/> |

**A** – badanie akredytowane zgodnie z zakresem akredytacji nr AB 377

**N** – badanie nieakredytowane

\*zaznaczyć wybrane metody badawcze

\*\*jeśli Klient wybrał inną metodę niż wymaganą w obszarze regulowany prawnie – wpisać „metoda spoza obszaru regulowanego prawnie”

| Wypełnia Klient                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cel badań/pomiarów/testów:                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> stwierdzenie zgodności w obszarze regulowanym prawnie;                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> potrzeby własne lub obszar nieregulowany prawnie;                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> inny, jaki: .....                                                                                                                                                                                                        |
| Przedstawienie stwierdzenia zgodności ze specyfikacją lub wymaganiem:                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                      |
| Przedstawione w sprawozdaniu z badań stwierdzenie zgodności, będzie określone zgodnie z wymaganiami ( <i>dotyczy testów specjalistycznych; rozkładu mocy dawki; pola elektromagnetycznego w środowisku</i> ): | <input type="checkbox"/> zawartymi w rozporządzeniu Ministra zdrowia z dnia 12 2022 r. w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz. U. 2022, poz. 2759) – testy specjalistyczne                        |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2019 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku (Dz. U. 2019, poz. 2448);                                                  |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> zawartymi w rozporządzeniu Ministra Klimatu z dnia 17 lutego 2020 r. w sprawie sposobów sprawdzania dotrzymania dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku (Dz. U. 2022, poz. 2630 – tekst jednolity) |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> zawartymi w załączniku nr 4 do ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. 2023, poz. 1173 – tekst jednolity);                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21.08.2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. 2006 nr 180, poz. 1325);                                      |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> z wymaganiami Klienta, ( <i>podać jakimi</i> ): .....                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> inne ( <i>podać jakie</i> ): .....                                                                                                                                                                                       |
| Informacja o niepewności rozszerzonej badań akredytowanych w sprawozdaniu:                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> TAK                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                                      |
| Zasada podejmowania decyzji w przypadku stwierdzenia zgodności z wymaganiem / specyfikacją:                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> określona w przepisach (obszar regulowany prawnie) lub normach / metodach;                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> inna ( <i>podać jaka</i> ): .....                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> zgodnie z dokumentem DAB-09 wyd. 4 z 01.02.2023 r. „Akredytacja laboratoriów badawczych wykonujących testy urządzeń radiologicznych”;                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> zasada prostej akceptacji binarnej [zgodnie z ILAC-G809/2019 „Wytyczne dotyczące zasad podejmowania decyzji i stwierdzeń zgodności”];                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> zasada oparta na akceptacji binarnej uwzględniająca pasma ochronnego U <sub>95%</sub> [zgodnie z ILAC-G809/2019 „Wytyczne dotyczące zasad podejmowania decyzji i stwierdzeń zgodności”];                                 |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> zasada oparta na akceptacji niebinarnej z uwzględnieniem pasma ochronnego U <sub>95%</sub> [zgodnie z ILAC-G809/2019 „Wytyczne dotyczące zasad podejmowania decyzji i stwierdzeń zgodności”].                            |
| Forma odbioru sprawozdania z badań:<br><br>Sprawozdanie z badań sporządzane jest w wersji elektronicznej.                                                                                                     | <input type="checkbox"/> odbiór poprzez platformę elektroniczną                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> odbiór osobisty / za okazaniem upoważnienia do odbioru                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> wysłać pocztą                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> wysłać e-mailem na adres: .....                                                                                                                                                                                          |
| Forma płatności:                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> gotówką w kasie WSSE w Katowicach                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> przelewem na konto WSSE w Katowicach                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                              |
| Sposób przekazania faktury:                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> odbiór osobisty / za okazaniem upoważnienia do odbioru                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> wysłać pocztą na adres: .....                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> nie dotyczy                                                                                                                                                                                                              |
| Uwagi:                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Inne uzgodnienia z Klientem:                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |

### **Klient został poinformowany, że:**

1. Przetwarzanie danych osobowych przez WSSE w Katowicach odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. Ma obowiązek zapewnić udział w trakcie wykonywanych pomiarów osoby upoważnionej do obsługi urządzenia i posiadającej wiedzę na temat wartości parametrów urządzenia wykorzystywanych klinicznie oraz zapewnia dostępność do dokumentów związanych z urządzeniem umożliwiającą jego prawidłową obsługę.
3. Niepewność pomiaru jest podawana w sprawozdaniach z badań gdy jest to istotne dla ważności lub zastosowania wyników badań, na życzenie Klienta lub gdy niepewność wpływa na zgodność z wyspecyfikowanymi wartościami granicznymi.
4. W uzasadnionych formalnie i technicznie przypadkach, gdy:
  - badanie jest realizowane na potrzeby obszaru regulowanego;
  - system oceny zgodności obszaru regulowanego przewiduje wykorzystanie wyników akredytowanych badań i określa wymagania/specyfikacje dotyczące wyników pomiarów;
  - uzyskana przez laboratorium wartość nie mieści się w zakresie pomiarowym metody objętej akredytacją, obejmującym wartości wskazane w normatywach jako wymaganie/specyfikacja,laboratorium w Sprawozdaniu z badań przedstawi badaną cechę jako rezultat w postaci „< wartość dolnej granicy zakresu pomiarowego akredytowanej metody [jednostka miary]” lub „> wartość górnej granicy zakresu pomiarowego akredytowanej metody [jednostka miary]” wraz z informacją o wartości niepewności rozszerzonej odpowiednio dla dolnej lub górnej granicy zakresu pomiarowego metody. Informacja ta będzie z powołaniem się na posiadaną akredytację.  
W przypadku, gdy uzyskany rezultat badania nie będzie zawierał się w zakresie pomiarowym akredytowanej metody (zakresie ważnych wyników) stwierdzenie zgodności wyniku badania z wymaganiem/specyfikacją będzie realizowane i raportowane w ramach opinii i interpretacji.
5. Sprawozdanie z badań jest własnością Klienta. Laboratorium gwarantuje zapewnienie poufności badań/pomiarów i ochrony interesów Klienta. Laboratorium może odstąpić od tej zasady, gdy wyniki i/lub rezultaty badań/pomiarów wskazują na wystąpienie zagrożenia zdrowia lub życia człowieka.
6. Laboratorium może udostępniać wyniki i/lub rezultaty badań/pomiarów w celu wykorzystania ich w opracowaniach naukowych, publikacjach lub opracowaniach statystycznych po uprzednim wyrażeniu zgody przez klienta lub z pominięciem wszelkich danych identyfikujących klienta, zgodnie z Ustawą o prawie autorskim.
7. Bez pisemnej zgody WSSE w Katowicach sprawozdanie z badań nie może być powielane inaczej, jak tylko w całości.
8. Klient, po spełnieniu wymagań Laboratorium, ma prawo uczestniczenia w badaniach jako obserwator.
9. Klient lub inna zainteresowana strona ma prawo do złożenia skargi na działalność Działu Laboratoryjnego. Proces postępowania ze skargami opisany jest w procedurze PSZ-04 „Realizacja procesu skargi”. Procedura dostępna jest w laboratorium na życzenie klienta oraz na stronie [www.gov.pl/web/wsse-katowice/](http://www.gov.pl/web/wsse-katowice/).
10. W trakcie realizacji zlecenia Klient ma prawo przekazywać swoje uwagi i życzenia oraz korzystać z doradztwa, sugestii i pomocy wykonawcy.
11. Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za informacje błędnie udzielone przez Klienta.
12. W przypadku wycofania normy/publikacji bez zastąpienia jej nowym wydaniem stosuje się do wykonywania badań opisane tam metody.
13. Przedstawione w Sprawozdaniu z badań stwierdzenie zgodności / opinia i interpretacja odnosi się tylko do badanego obiektu.
14. Laboratorium działa bezstronnie, obiektywnie i etycznie.

### **Klient oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z cennikiem usług WSSE w Katowicach, na podstawie którego kalkulowane są koszty realizacji zlecenia.
2. Zapoznał się z metodami badań stosowanymi przez Laboratorium.
3. Akceptuje status stosowanych przez Laboratorium dokumentów normatywnych, w tym norm wycofanych bez zastąpienia oraz norm wycofanych i zastąpionych normą aktualną.
4. Zapoznał się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych do zlecenia / umowy zlecenia wykonania badań.
5. Klient zobowiązuje się do udostępnienia dokumentacji dotyczącej urządzeń oraz zapewnienie obsługi urządzeń w ustalonym dniu pomiarów / testów.

### **Akceptuję warunki zlecenia:**

.....  
Data i podpis/pieczęć Klienta lub osoby działającej w jego imieniu