

ZLECENIE

ZLECENIODAWCA

.....

 (nazwisko i imię, adres/ Nazwa podmiotu, siedziba, adres - pieczęć zakładu)

KRS/EWD

W przypadku SPÓŁKI CYWILNEJ: Imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania wspólników spółki

PESEL/NIP.....

Osoba do kontaktu.....

telefon/mail.....

ZLECENIOBIORCA

Wojewódzka Stacja Sanitarno–Epidemiologiczna w Gdańsku, ul. Dębinki 4, 80-211 Gdańsk

NIP: 957-04-72-806

Zleceniodawca zleca wykonanie testów specjalistycznych w zakresie:

- ☐ **radiografii ogólnej cyfrowej** (metoda badawcza: Procedura badawcza PB_128 „Testy specjalistyczne - Urządzenia stosowane w radiografii ogólnej cyfrowej” edycja 6 z 2019-08-01);
- ☐ **radiografii ogólnej analogowej** (Procedura badawcza PB_130 „Testy specjalistyczne - Urządzenia stosowane w radiografii ogólnej analogowej” edycja 2 z 2018-09-10);
- ☐ **stomatologii – aparaty do zdjęć wewnątrzustnych** (Procedura badawcza PB_115 „Testy specjalistyczne. Urządzenia stosowane w stomatologii - aparaty do zdjęć wewnątrzustnych” edycja 4 z 2019-08-01);
- ☐ **stomatologii – aparaty do zdjęć pantomograficznych oraz cefalometrii** (Procedura badawcza PB_118 „Testy specjalistyczne. Urządzenia stosowane w stomatologii - aparaty do zdjęć pantograficznych oraz cefalometrii” edycja 4 z 2019-08-01);
- ☐ **stomatologii – aparaty do tomografii komputerowej wiązki stożkowej** (Procedura badawcza PB_127 „Testy specjalistyczne. Urządzenia stosowane w stomatologicznej tomografii komputerowej wiązki stożkowej.” edycja 3 z 2019-08-01);
- ☐ **monitorów do prezentacji obrazów medycznych** (Procedura badawcza PB_120 „Testy specjalistyczne. Monitory stosowane do prezentacji obrazów medycznych” edycja 3 z 2019-08-01);

.....

 (nazwa, typ aparatu rtg, wywołówki, negatoskopu)

Osoba upoważniona do obsługi aparatu rtg i udzielania wyjaśnień w trakcie badania:

.....
 (imię, nazwisko, stanowisko)

W czasie badania będzie obecny przedstawiciel serwisu technicznego: tak/nie*

Uzgodniona cena za badanie:+23 % VAT.

Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty za badania: gotówką / przelewem*

W przypadku przelewu nr rachunku bankowego WSSE zostanie wskazany na fakturze.

Stwierdzenie zgodności*:☐ nie (BADANIA NIE BĘDĄ PRZEPROWADZONE)☐ tak**Zasada podejmowania decyzji określona przez prawo.**

W przypadku, gdy rezultat badania będzie niższy od dolnej granicy zakresu pomiarowego lub granicy oznaczalności Laboratorium w sprawozdaniu z badań przedstawi informację jako: < wartość dolnej granicy zakresu pomiarowego lub < wartość granicy oznaczalności.

Jeżeli wynik badania będzie wyższy od górnego zakresu pomiarowego, wówczas przedstawia się go jako wartość liczbową uzyskanego pomiaru, co nie jest objęte zakresem akredytacji.

W odniesieniu do rezultatów badań Laboratorium nie przedstawia stwierdzeń zgodności z wymaganiami

Sposób odbioru sprawozdania z badania – po opłaceniu faktury: osobiście / pocztą na adres*

.....
(adres)

Zgoda na wykorzystanie wyników do celów naukowych: tak/nie ***Zleceniodawca oświadcza, że:**

- zakres testów został uzgodniony ze Zleceniobiorcą;
- urządzenia radiologiczne będą kontrolowane w zakresie parametrów wykorzystywanych klinicznie określonych przez Zleceniodawcę w załączniku do zlecenia;
- wyraża zgodę na płatność za wykonane badania w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury;
- zapoznał się z metodami badawczymi stosowanymi przez Zleceniobiorcę i wyraża zgodę na wykonanie badań ww. metodami.

Zleceniodawca oświadcza, że został poinformowany przez Zleceniobiorcę, iż:

- w przypadku nieterminowej zapłaty Zleceniobiorca zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych za opóźnienie lub w przypadku osób prawnych czy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, odsetek ustawowych za opóźnienie w transakcjach handlowych;
- w przypadku, gdyby uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, powiadomiony zostanie właściwy Państwowy Inspektor Sanitarny;
- zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia 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, informuję, iż:
 - administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez Wojewódzką Stację Sanitarно-Epidemiologiczną w Gdańsku (80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4, tel. 58 344 73 00) jest Pomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny będący jednocześnie Dyrektorem Stacji;
 - kontakt do Inspektora Ochrony Danych - e-mail: iod.wsse.gdansk@sanepid.gov.pl;
 - Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz art. 9 ust. 2 lit. h w przypadku badań zawierających dane medyczne ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji badania laboratoryjnego;
 - podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom, ale w przypadku gdyby uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
 - Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa;
 - posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
 - posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
 - podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji badania laboratoryjnego;
 - Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób umożliwiający zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym również w formie profilowania;
- badania wykonane wg Procedur Badawczych mogą stwarzać ograniczenia w obszarach regulowanych prawnie;
- ma prawo wnieść skargę;
- laboratorium zapewnia poufność wszelkich informacji uzyskanych lub wytworzonych podczas realizacji

*zaznaczyć właściwe

F_092 Edycja 17

działalności laboratoryjnej i nie podaje częściowych wyników badań;

7. w przypadku konieczności udziału w badaniach przedstawiciela serwisu technicznego koszty wezwania i udziału serwisu są pokrywane przez Zleceniodawcę.

Zleceniodawca zobowiązuje się do udostępnienia danych technicznych urządzeń radiologicznych, niezbędnych do prawidłowego wykonania badania.

Zleceniodawca, w związku z przedmiotowym zleceniem, oświadcza, że jest:

- ☐ Osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą
- ☐ Państwową jednostką budżetową
- ☐ Innym podmiotem (np. spółką)

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis zleceniodawcy lub osoby upoważnionej
(upoważnienie w załączeniu)
czytelnie imię i nazwisko, imienna pieczęć

Załączniki do zlecenia

- ☐ **Załącznik 1 - radiografia ogólna** - Zakres testów eksploatacyjnych specjalistycznych
- ☐ **Załącznik 2 - stomatologia** - Dane aparatu stomatologicznego do zdjęć wewnątrzustnych
- ☐ **Załącznik 3 - stomatologia** - Dane aparatu stomatologicznego do zdjęć pantomograficznych
- ☐ **Załącznik 4 - stomatologia** - Dane aparatu CBCT
- ☐ **Załącznik 5 - monitory** - Zakres testów eksploatacyjnych specjalistycznych