

ZLECENIE NR...../.....r. NA BADANIA SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI

UWAGA – DRUK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

ZLECENIODAWCA

Imię i nazwisko/Nazwa firmy:
.....
.....

Tel.: NIP:

Miejsce pobrania:

RODZAJ TESTU:

☐ ATTEST 3M ☐ SPORAL A ☐ SPORAL S ☐ inny.....

Nazwa i typ urządzenia sterylizującego:

Warunki sterylizacji: • czas: • temperatura: • ciśnienie:

Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej sterylizację:

Lp.	Rozmieszczenie testów	Data i godzina sterylizacji	Stan próbki p-prawidłowy n-nieprawidłowy	Kod próbki	Data i godzina przyjęcia próbki

METODA BADAWCZA: PB-04/OL-C Wyd. 03 z dn. 10.03.2020 r. **Q**

Próbka dostarczona przez: ☐ zleceniodawcę ☐ PSSE ☐
(imię i nazwisko)

Odbiór wyniku badania: ☐ osobiście ☐ przesłać pocztą (dokładny adres):

Płatność wg aktualnego cennika: ☐ w kasie PSSE ☐ przelew 14 dni od daty wystawienia rachunku

Orientacyjny termin realizacji Zlecenia:

Koszt badania:

Klient przyjmuje do wiadomości, że:

1. Został poinformowany, iż przetwarzanie danych osobowych przez PSSE w Koninie jest niezbędne do wykonania umowy/zlecenia i zapoznał się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Sposób przetwarzania będzie zgodny z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych (dotyczy osób fizycznych).
2. Klient /Zleceniodawca ma prawo złożenia pisemnej skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badania.
3. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z obowiązującym cennikiem badań.
4. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że dane podane w Zleceniu są prawdziwe.
5. Klient/Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z instrukcjami użytkowymi Laboratorium dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek do badania.
6. Laboratorium zastrzega sobie prawo wykorzystania wyników badań do opracowań statystycznych bez ujawniania tożsamości Klienta.
7. Kompetencje laboratorium potwierdzone akredytacją w odniesieniu do normy PN-EN ISO/IEC 17025 nie obejmują etapu przedanalizy i poanalizy.

.....
data i czytelny podpis Klienta/Zleceniodawcy

.....
data i podpis przyjmującego zlecenie

.....
data i podpis odpowiedzialnego za przegląd zlecenia

Szare pola formularza wypełnia Laboratorium