|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Znalezione obrazy dla zapytania wsse krakow | | **Zleceniobiorca**  **Wojewódzka Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Krakowie**  **Dział Laboratoryjny**  **Ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków,**  **NIP: 677-10-27-767, REGON: 000297394**  *Nazwa/adres Oddziału Laboratoryjnego* | | | Znak sprawy |
| Nr zlecenia |
| Data przyjęcia zlecenia |
| **ZLECENIE NA POMIARY DOZYMETRYCZNE** | | | | | |
| **ZLECENIODAWCA/KLIENT (wypełnia zleceniodawca)** | | | | | |
| Imię i nazwisko/ nazwa podmiotu | |  | | | |
| Adres | |  | | | |
| NIP | |  | | | |
| REGON | |  | | | |
| Telefon | |  | | | |
| E-mail | |  | | | |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE POMIARÓW (wypełnia zleceniodawca)** | | | | | |
| Rodzaj pomiarów | |  | Pomiar mocy dawki promieniowania rtg w środowisku pracy i środowisku ogólnym | | |
|  | Pomiar rozkładu mocy dawki promieniowania rtg wokół aparatu rtg | | |
| Uwagi do zlecenia | |  | | | |
| **DANE IDENTYFIKACYJNE URZĄDZENIA (wypełnia zleceniodawca)** | | | | | |
| Lp. | Nazwa urządzenia | | | Miejsce wykonania pomiarów (adres) | |
| 1. |  | | |  | |
| 2. |  | | |  | |
| … |  | | |  | |

Pomiary będą wykonane zgodnie z PB-LFR-02 wyd. 5 z 21.05.2019 r., Pomiary dozymetryczne promieniowania rentgenowskiego na stanowiskach pracy i w środowisku ogólnym

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wypełnia zleceniodawca** | | | | |
| Forma odbioru sprawozdania z badań | osobiście |  | pocztą |  |
| Forma odbioru faktury | osobiście |  | pocztą |  |
| Dane do faktury (jeżeli są inne niż dane Zleceniodawcy / Klienta): | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Na koszt realizacji zlecenia składają się: (wypełnia zleceniobiorca) | | |
| 1. | Wykonanie pomiarów |  |
| 2. | Przejazd pracownika do miejsca wykonania pomiarów i z powrotem (… zł za 1 godzinę)\* |  |
| 3. | Transport samochodem służbowym do miejsca wykonania pomiarów i z powrotem (… zł za 1 km)\* |  |
| Cena za badania | |  |
| Do powyższych cen należy doliczyć 23 % podatku VAT | | |
| \* Koszty przejazdu pracownika oraz transportu zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Dyrektora WSSE w Krakowie | | |
| Płatność: przelew na rachunek bankowy nr : **85 1010 1270 0037 0822 3100 0000, NBP O/O Kraków**  Zleceniodawca zobowiązany jest do uregulowania należności za badania przed wykonaniem badań (dotyczy osób fizycznych) lub w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury bez dodatkowego wezwania (dotyczy firm).  Za zapłatę uznaje się dzień wpływu środków finansowych na rachunek bankowy Zleceniobiorcy. | | |
| Termin realizacji zlecenia uzgodniony przez strony | |  |

**Zleceniodawca został poinformowany przez Zleceniobiorcę, że:**

1. W przypadku pomiarów poza siedzibą Laboratorium zleceniodawca ma obowiązek zapewnić udział w trakcie wykonywanych badań osoby upoważnionej do obsługi urządzenia i posiadającej wiedzę na temat wartości parametrów urządzenia wykorzystywanych klinicznie oraz zapewnia dostępność do dokumentów związanych z urządzeniem umożliwiających jego prawidłową obsługę
2. W przypadku, gdy badane parametry przekroczą dopuszczalne poziomy określone w przepisach obowiązującego prawa lub w ocenie zleceniobiorcy mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzi   
   lub budzą inne wątpliwości - sprawozdanie z badań zostanie przekazane do właściwych (miejscowo   
   i rzeczowo) organów inspekcji sanitarnej i nie wnosi w tym zakresie żadnych zastrzeżeń
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. Przy stwierdzaniu zgodności ze specyfikacją/wymaganiem przyjęto zasadę prostej akceptacji
5. Ma prawo do złożenia skargi do Dyrektora WSSE w Krakowie ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków

**Zleceniodawca oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z metodami badań stosowanymi przez Zleceniobiorcę oraz z ceną za badania i nie wnosi w tym zakresie zastrzeżeń
2. Zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która stanowi załącznik do przedmiotowego zlecenia
3. Podane w/w dane są zgodne z prawdą

………………………………………………………............................ …………………………………………………………………………

Data i podpis/pieczęć Zleceniodawcy Data i podpis osoby przyjmującej zlecenie/

lub osoby działającej w jego imieniu dokonującej przeglądu zlecenia

**Uzgodnienia z klientem w trakcie realizacji zlecenia:**