**Zleceniobiorca:**

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie,

31-202 Kraków, ul. Prądnicka 76, NIP: 677-10-27-767, Regon: 000297394

**Zleceniodawca:**

1. imię, nazwisko, adres / nazwa podmiotu, siedziba, adres (pieczątka zakładu) 2)

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. NIP / PESEL 2):...................………………………….………………, Regon:...................…………….…………. 2)
2. Numer telefonu **/** faksu 2):……….………………….….. adres poczty elektronicznej 2)………………………………

Zlecam wykonanie badania próbki…………………………………………………..………………..…….………….……

 *(nazwa próbki)*

w zakresie uzgodnionym poniżej. Próbkę/próbki 2) pobrał zleceniodawca w dniu…………………………………….….

Miejsce pobrania próbki/próbek 2) ……………………………………………………………...………………………….

ZAKRES BADAŃ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \* | Parametr | Metoda badawcza | \*\* | Koszt oznaczenia w jednej próbce |
|  | *Cs-137* | *PB-LFR-01 wydanie 3 z dnia 17.01.2014 r.* | *A* |  |
|  | *Tryt* | *PB-LFR-07 wydanie 3 z dnia 23.07.2014 r.* |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Zaznaczyć właściwe

\*\* Metody akredytowane oznaczono symbolem A (Zakres Akredytacji Nr AB 601)

Do powyższych cen należy doliczyć 23 % podatku VAT.

**FORMA PŁATNOŚCI:**  przelew

**FORMA PRZEKAZANIA WYNIKÓW:** odbiór osobisty / pocztą 2)

**Zleceniodawca oświadcza, że:**

1. ustaloną cenę za wykonanie badania pokryje po otrzymaniu faktury VAT przelewem na rachunek bankowy - Nr konta 85101012700037082231000000, w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury;
2. zapoznał się z obowiązującym Cennikiem usług na zlecenie wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie stanowiącym podstawę do ustalenia ceny za wykonane badania i w tym zakresie nie wnosi zastrzeżeń;
3. zapoznał się z metodami badań stosowanymi przez Zleceniobiorcę (wykaz metod badań dostępny na stronie www.wsse.krakow.pl)
i wyraża zgodę na wykonanie badań w/w metodami;
4. został poinformowany przez Zleceniobiorcę, że w przypadku, gdy badane parametry przekroczą dopuszczalne poziomy określone
w przepisach obowiązującego prawa i stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia, to informacja ta zostanie przekazana do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, i Zleceniodawca nie wnosi w tym zakresie zastrzeżeń;
5. został poinformowany przez Zleceniobiorcę, że w przypadku zastrzeżeń do zrealizowanego zlecenia ma prawo wnieść skargę do Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków, w terminie 14 dni od daty potwierdzenia odbioru sprawozdania;
6. zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która stanowi załącznik do przedmiotowego zlecenia;
7. podane w zleceniu dane są zgodne z prawdą.

……………………………………………………………………… ………………………………………………………………

 (miejscowość, dzień, miesiąc, rok) (podpis, pieczęć Zleceniodawcy

 lub osoby działającej w jego imieniu)

**Wypełnia zleceniobiorca:**

**Kod(-y) próbki(-ek):** …………………………………..

 …………………………………..

 …………………………………..

 …………………………………………………

 (data i podpis osoby przyjmującej próbkę)

1. **Przewidywany termin realizacji zlecenia:** ………………….……..……….
2. **Uwagi:**

1. **Osoba dokonująca przeglądu zlecenia**: ……………………………………………………………………………
2. **Uzgodnienia z klientem w trakcie realizacji zlecenia:**