**ZLECENIE NA BADANIE W KIERUNKU BIOLOGICZNEJ KONTROLI
SKUTECZNOŚCI PROCESU STERYLIZACJI**

**nr ………………………………………………………………. data……………………………**

**Zleceniobiorca:** Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie, 31-202 Kraków, ul. Prądnicka 76

 NIP: 677-10-27-767, Regon: 000297394

|  |
| --- |
| **Zlecam wykonanie badania w kierunku biologicznej kontroli skuteczności procesu sterylizacji według metodyki badawczej PB-LMK-03 wydanie nr 2 z dnia 08.12.2016 r. w oparciu o instrukcje producentów stosowanych wskaźników procesu sterylizacji** |

**Nazwa instytucji, adres i/lub imię, nazwisko właściciela, adres \*:**

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

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

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

**Telefon kontaktowy /adres poczty elektronicznej \* NIP** / **REGON \***

**Cena za badanie wynosi…………..zł.**

**Płatne przelewemna rachunek bankowy** **WSSE w Krakowie** – **Nr konta:** 85101012700037082231000000 w terminie 14 dni
od daty wystawienia faktury VAT
**Miejsce przesłania faktury VAT** *(wypełnić tylko wtedy gdy adres inny niż podany wyżej adres Zleceniodawcy)*

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

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

**Typ sterylizatora :**…………………………………………..….…………… **Pojemność:**….……………..….……...............................

**Numer fabryczny/ kod:**……………………………………….…………….. .**Rok produkcji:**……….…………..…………………….

**Data i godzina sterylizacji:**………………………………..………….…………………………………………………..........................

**Czas sterylizacji:**……………….…….… **Temperatura/ ciśnienie podczas sterylizacji :**……………………….……………………..

**Imię i nazwisko osoby** pobierającej próbkę: ……………..………………………………………………..

**Rodzaj próbek\testów (właściwe zakreślić): Sporal A, Sporal S\***

**Miejsce umieszczenia próbek (testów) w komorze sterylizatora (zakreślić):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Próbki (Testy)  | góra | środek | dół |
| Nr1 |  |  |  |
| Nr2 |  |  |  |
| Nr3 |  |  |  |
| Nr4 | Test kontrolny- „ślepa próba” |

***\* niepotrzebne skreślić***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Zleceniodawca został poinformowany przez Zleceniobiorcę, że:**1. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność TYLKO za etap analityczny badania.
2. Przetwarzanie danych przez Państwową Inspekcję Sanitarną dla celów sanitarno-epidemiologicznych będzie zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych.
3. W przypadku zastrzeżeń do zrealizowanego zlecenia ma prawo wnieść skargę do Dyrektora WSSE w Krakowie ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków
4. Termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony.
 |
| 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 wytycznymi i bierze pełną odpowiedzialność za sposób pobrania, przechowywania i transportu próbek do badań
3. Zapoznał się z metodą badań stosowaną przez zleceniobiorcę i wyraża zgodę na wykonanie badań zgodnie z tą metodą
4. Zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która stanowi załącznik do przedmiotowego zlecenia
5. Podane dane są zgodne z prawdą
 |

 |  |

 …………………………………………….…………

 data / podpis, /pieczęć Zleceniodawcy

 lub osoby działającej w jego imieniu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Część zlecenia wypełniana przez pracownika WSSE**

**Ocena próbek:** ……………… *(****P*** *– próbka odpowiednia do wykonania badania,* ***N*** *– próbka nieodpowiednia do wykonania badania )*

**Kod próbek**  **:**………………………………………………………………………………………………………

**Data i godzina przyjęcia próbek jest wpisana do elektronicznego systemu Rejestr Badań (RB)**

………………………………………………….……

 **Próbkę przyjął**

 ………………………………………………….……

 **Przegląd Zlecenia wykonał**

Dodatkowe uzgodnienia z Klientem w trakcie realizacji zlecenia (jeżeli zasadne):

…………………………………………………………..

**Data/Potwierdzam odbiór sprawozdania z badań**

**(dotyczy tylko odbioru w Krakowie, przy ul. Prądnickiej 76)**