Wpisz date

………………………

**Data zlecenia**

**ZLECENIE BADANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres zleceniobiorcy** | Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w KrakowieLaboratorium Kontroli Jakości Leków30–688 Kraków ul. Medyczna 9, tel. 12-659-13-09, e-mail: laboratorium@wif.malopolska.pl |
| **Nazwa i adres zleceniodawcy** | K. | **Telefon kontaktowy** |
|   |
| **e-mail** |
| K |
| **Przedmiot badania** | K |
| **Data pobrania próbki** | K | Termin ważności | K |
| **Próbka pobrana przez zleceniodawcę** **według planu/procedury** | Tak (podać jakiej) [ ]  K Nie [ ]   |
| **Ilość przekazana do badania** | K | Sposób dostarczenia próbki: | zleceniodawca [ ]  kurier [ ]  poczta [ ]  |
| **Cel badania** | Potwierdzenie jakości [ ]  |
| Inny (podać jaki) [ ]  K |
| **Metoda badania**  | wg Farmakopei Polskiej(podać nr wydania i monografię) | K |
| wg Farmakopei Europejskiej(podać nr wydania i monografię) | K |
| wg innej metody (podać jakiej)  | K |
| **Zakres badania** | K |
| **Dane do rachunku****(nazwa i adres płatnika)** |   |
| **Dodatkowe informacje/Uzgodnienia** |   |

Informacje dla Zleceniodawcy:

1. zleceniodawca odpowiada za pobranie i dostarczenie próbki do laboratorium
2. termin realizacji badania wynika z toku analitycznego
3. raport z badań przekazywany jest pocztą, listem poleconym
4. zleceniodawcy przysługuje prawo reklamacji w ciągu 14 dni od daty otrzymania raportu z badań
5. koszt badania kalkulowany jest w oparciu o tabelę czynnościową i aktualną wartość roboczogodziny zamieszczoną
na stronie internetowej www.wif.malopolska.pl
6. płatność przelewem; termin płatności 14 dni
7. laboratorium zapewnia poufność oraz ochronę praw własności klienta, jednakże jeżeli wyniki badań wskażą na zagrożenie zdrowia lub życia człowieka laboratorium powiadomi o tym fakcie właściwego terytorialnie Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego.

.…………………………… ..…………………………….

**Podpis zleceniobiorcy Pieczęć / Podpis zleceniodawcy**