|  |
| --- |
|  |

 **Data zlecenia**

**ZLECENIE BADANIA SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI
ZA POMOCĄ WSKAŹNIKÓW BIOLOGICZNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres zleceniobiorcy** | **Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Krakowie****Laboratorium Kontroli Jakości Leków****30–688 Kraków ul. Medyczna 9**  | **tel./fax 12-659-13-09****tel. 12-620-58-00****e-mail: laboratorium@wif.malopolska.pl** |
| **Nazwa i adres zleceniodawcy** |  | **Telefon kontaktowy** |
|  |
| **e-mail** |
|  |
| **Przedmiot badania****(np. Sporal A, Sporal S; inne)** |  | **Producent wskaźnika****Seria wskaźnika****Data ważności wskaźnika** |  |
| **Data pobrania próbki****(tj. przeprowadzenia sterylizacji)** |  |
| **Próbka pobrana przez zleceniodawcę według planu/procedury** | [ ]  Tak (podać jakiej) [ ]  Nie  |  |
| **Ilość wskaźników przekazana** **do badania** **(w tym wskaźnik kontrolny)** |  | **Sposób dostarczenia próbki** | [ ]  Zleceniodawca [ ]  Kurier [ ]  Poczta Polska |
| **Cel badania** | [ ]  Potwierdzenie skuteczności sterylizacji suchym, gorącym powietrzem [ ]  Potwierdzenie skuteczności sterylizacji parą wodną [ ]  Inny (podać jaki)  |
| **Dane urządzenia sterylizującego** **(Nazwa, typ, nr seryjny,****ewentualnie data produkcji** **oraz producent)** |  |
| **Warunki sterylizacji** | **Temperatura, czas** |  |
| **Dane do rachunku (nazwa, adres płatnika, NIP)** |  |
| **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](http://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**