|  |
| --- |
|  |

**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**