

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	<input type="checkbox"/> Tak (podać jakiej) <input type="checkbox"/> Nie		
Ilość wskaźników przekazana do badania (w tym wskaźnik kontrolny)		Sposób dostarczenia próbki	<input type="checkbox"/> Zleceniodawca <input type="checkbox"/> Kurier <input type="checkbox"/> Poczta Polska
Cel badania	<input type="checkbox"/> Potwierdzenie skuteczności sterylizacji suchym, gorącym powietrzem <input type="checkbox"/> Potwierdzenie skuteczności sterylizacji parą wodną <input type="checkbox"/> 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:

- zleceniodawca odpowiada za pobranie i dostarczenie próbki do laboratorium
- termin realizacji badania wynika z toku analitycznego
- raport z badań przekazywany jest pocztą, listem poleconym
- zleceniodawcy przysługuje prawo reklamacji w ciągu 14 dni od daty otrzymania raportu z badań
- koszt badania kalkulowany jest w oparciu o tabelę czynnościową i aktualną wartość roboczogodziny zamieszczoną na stronie internetowej www.wif.malopolska.pl
- płatność przelewem; termin płatności 14 dni
- 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