|  |
| --- |
|  |

 **Data zlecenia**

**ZLECENIE BADANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |  |
| **Data pobrania próbki** |  | **Termin ważności** |  |
| **Próbka pobrana przez zleceniodawcę według planu/procedury** | ☐ Tak (podać jakiej) ☐ Nie  |  |
| **Ilość przekazana do badania** |  | **Sposób dostarczenia próbki** | ☐ Zleceniodawca ☐ Kurier ☐ Poczta Polska |
| **Cel badania** |  |
| **Metoda i zakres badania** | wg Farmakopei Polskiej(podać nr monografii lub tytułi nr wydania FP) |  |
| wg Farmakopei Europiejskiej (podać nr monografii lub tytuł i nr wydania Ph.Eur) |  |
| wg innej metody (podać jakiej) |  |
| **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
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**