**Umowa / Zlecenie na badania w Laboratorium LABO-VET / nr :**  ………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zleceniodawca /Klient** (nazwa, adres, NIP, telefon) | | | | **Właściciel / Producent** (imię i nazwisko, nazwa, adres, NIP, telefon) | |
| **Cel badania/ przeznaczenia wyniku badania**:  sprawdzenie stanu zdrowia zwierzęcia / stada,  potrzeby własne klienta,  inny:……………………….. | | | | | |
| **Rodzaj próbki:**  wymaz/y z …………….....................................................................,   krew pełna ,  kleszcz ,  narządy wewnętrzne,  pióra,  inny ……………………………………………………………. | | | | | |
| **Liczba próbek:** | 1 reakcja PCR\* ………….. reakcji PCR\*  \*1 reakcja PCR=max. 5 wymazów | | | | **Rodzaj badania:**  usługowe,  inne …………… …………............. |
| **Badania jakościowe, wykonywane metodą real-time PCR\***  **Kierunek badania:**  **Patogeny przenoszone przez kleszcze:**  *Anaplasma* spp*.* (wykrywanie DNA)  *Borrelia burgdorferi* s. l.(wykrywanie DNA)  *Babesia canis, Babesia gibsoni, Babesia divergens* (wykrywanie DNA)  Panel 3 patogenów  **Choroby drobiu:**  *Mycoplasma gallisepticum* (wykrywanie DNA)  *Mycoplasma synowiae* (wykrywanie DNA)  Wirus choroby Mareka (*Gallis herpesesvirus* *2*) (wykrywanie DNA)  **Choroby zwierzat towarzyszących I gospodarskich:**  *Mycoplasma*Vet(Wykrywanie DNA: M. arginini, M. bovigenitalium, M. canis, M. edwardii, M. cynos, M. felis, M. gateae, M. maculosum, M. molare, M. opalescens, M. spumans) – Bydło, psy, koty  *Chlamydia* oraz *Chlamydiophila* (wykrywanie DNA)  FeLV (wirus białaczki kotów) (wykrywanie DNA)  Dermatofity (Wykrywanie DNA: ***Trichophyton*,*Nannizzia***oraz Microsporum) | | | | | |
| **Data i godzina pobrania próbki:**  ……………………………………..  **Data i godzina wysłania próbki:** ……………………………………….. | | | **Imię i nazwisko osoby pobierającej próbki**: ………………………………… | | |
| **Dodatkowe informacje do sprawozdania**: | | | | | |
| **Płatnik:**  zleceniodawca,  właściciel **Metoda płatności**:  gotówka,  przelew | | **Sposób przekazania sprawozdania:**  pocztą do zleceniodawcy,  pocztą do właściciela,  odbiór osobisty,  e-mail (skan) :.............................................................  dodatkowi adresaci:................................................................................................................... | | | |
| \*Badania wykonywane metodą nieakredytowaną.  Zlecający oświadcza, że zapoznał się z obowiązującym cennikiem badań laboratoryjnych i akceptuje go jako integralną część zlecenia. Za prawidłowe pobranie  i dostarczenie próbek do badania odpowiada zleceniodawca. Termin wykonania badania wynika z metody badania. Próbka do badań nie podlega zwrotowi. Klientowi przysługuje prawo do złożenia skargi w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań. Zleceniodawca może uczestniczyć w charakterze obserwatora na poszczególnych etapach badań dla niego wykonywanych. Laboratorium zobowiązuje się do zachowania poufności wyników badań i praw własności klienta, o ile przepisy nie stanowią inaczej oraz do archiwizowanie sprawozdań z badań przez okres 5 lat. Zleceniodawca wyraża zgodę na gromadzenie i wykorzystywanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych. Zleceniodawca oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu wykonania umowy oraz na potrzeby archiwizacji. Administratorem danych osobowych jest ORKA Spółka z o. o z/s ul. Mazańcowicka 36, 43-502 Czechowice-Dziedzice. Pozyskane dane będą chronione i przetwarzane zgodnie z przepisami prawa.  **Data i podpis zleceniodawcy**: | | | | | |

Rejestracja próbek / wypełnia laboratorium:

|  |
| --- |
| Próbki dostarczył:  klient,  przedstawiciel klienta,  kurier,  poczta / Imię i nazwisko: |
| Data i godzina przyjęcia próbki: |
| Warunki transportu:  prawidłowe,  niewłaściwe |
| Stan próbki w chwili przyjęcia:  Zgodny z kryteriami przyjęcia  Niezgodny z kryteriami przyjęcia |
| Potwierdzenia zdolności do wykonania badań:  Tak,  Nie |
| Uwagi / komentarz do oceny: |
| Przeglądu zlecenia / wstępnej oceny próbki dokonał: |