*Badanie stanu sanitarnego ZWD / FERM*

ORKA Spółka z o. o. LABO-VET Weterynaryjne Laboratorium Diagnostyczne 43-502 Czechowice-Dziedzice, ul. Mazańcowicka 36,   
tel. 603689502, e-mail: labo.vet.laboratorium@gmail.com, NIP: 652-16-08-629

**Zlecenie do wykonania badania w laboratorium LABO-VET / nr:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Właściciel / Producent** (imię i nazwisko, nazwa, adres, NIP, telefon) | | | | **Zleceniodawca /Klient** (nazwa, adres, NIP, telefon) | | | |
| **Cel badania/ przeznaczenie wyniku badania:**   wykorzystanie wyniku w obszarze regulowanym prawnie ,  wykorzystanie wyniku poza obszarem regulowanym prawnie,  sprawdzenie skuteczności odkażania i oczyszczania,  inny (podać jaki): | | | | | | | |
| **Rodzaj próbek /przedmiot badań:** | | | | | Liczba próbek | Z tego próbek zbiorczych | |
| Wymazy powierzchniowe | | | | |  |  | |
| Puch z komory klujnikowej | | | | |  |  | |
| Płytki kontaktowe z agarem zwykłym (ogólna liczba drobnoustrojów) | | | | |  |  | |
| Płytki kontaktowe z agarem Sabouraud (ogólna liczba pleśni i grzybów drożdżopodobnych) | | | | |  |  | |
| Inne……………………………………………………………………. | | | | |  |  | |
| **Wykaz powierzchni pobrania:** | | | | | | |
| **Okres pobrania próbek:**  W czasie klucia,  Przed wstawieniem stada,  Po dezynfekcji,  Przed dezynfekcją,  ………………………….. | | | | | | |
| Miejsce pobrania próbek | **Nazwa i adres:** | | | **Powiatowy Inspektorat Weterynaryjny:** | | |
| **Weterynaryjny nr identyfikacyjny:** | | |
| **Kierunek badania (dokument odniesienia):**  Obecność i identyfikacja pałeczek z rodzaju *Salmonella.* Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym.   wg PN-EN ISO 6579-1:2017-04+A1:2020-09 ISO/TR 6579-3:2014(A\*)  **Ogólna liczba drobnoustrojów [N\*\*]**,  **Ogólna liczba drożdży i grzybów** **[N\*\*]**,,  **Płytka odciskowa** – śr. liczba drobnoustrojów w 1 cm [N\*\*],,,  **Płytka odciskowa** – śr. liczba grzybów w 1 cm2 **[N\*\*]**,,  **Ogólne badanie mikrobiologiczne – jakościowo** (próbka zbiorcza)[N\*\*], | | | | | | |
| **Próbki pobrał:**  właściciel,  przedstawiciel właściciela,  urzędowy lekarz weterynarii,  …………………………………………………………………………… | | | | | | |
| **Procedura pobrania próbek** | | ZWD- wg Instrukcji Nr 51 Ministerstwa |Rolnictwa-Depart. Weterynarii z dnia 1 kwietnia 1980 r.  Przepisy dotyczące Krajowych Programów Zwalczania *Salmonella* w stadach drobiu  Inna (podać jaka) | | | | |
| **Plan pobierania próbek:** | | Próbka pobrana zgodnie z planem (podać nazwę planu/ harmonogramu):  Próbka nie objęta planem pobierania próbek | | | | |
| **Data i godz. pobrania próbki:**  ………………………………………….  **Data i godzina wysłania próbki do badań**: ……………… | | | | **Imię i nazwisko pobierającego próbki:** ……………………………………  **Podpis osoby pobierającej próbkę:** ………………………………………… | | | |
| **Klient**  nie oczekuje /  oczekuje*(należy wypełnić formularz - zał.01/Z)* **oceny zgodności wyników badań z wymaganiami** | | | | | | | |
| **Płatnik:** :  właściciel,  zleceniodawca  **Metoda płatności**:  gotówka,  przelew | | | **Sposób przekazania sprawozdania:**  pocztą do właściciela,  pocztą do zleceniodawcy,  odbiór osobisty,  e-mail (skan) :................................................................  PIW,  dodatkowi adresaci:...................................................................................................... | | | | |
| \*A badanie wykonane metodą akredytowaną, \*\*N- badanie wykonane 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. Za zgodą Laboratorium, 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 ( zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r). | | | | | | | |
| **Data i podpis zleceniodawcy/ przedstawiciela 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: |

Dodatkowe ustalenia,zapisy:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………