*Badanie stanu sanitarnego ZWD / FERM*

ORKA Spółka z o. o. LABO-VET Weterynaryjne Laboratorium Diagnostyczne 43-502 Czechowice-Dziedzice, ul. Mazańcowicka 36,   
tel. (032) 215 95 79, 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, ○ inny (podać jaki): | | | | | | | | | |
| **Rodzaj próbek:** | | | | | | | Liczba próbek | Z tego próbek zbiorczych | |
| * Wymazy powierzchniowe | | | | | | |  |  | |
| * Puch z komory klujnikowej | | | | | | |  |  | |
| * Płytki kontaktowe z agarem zwykłym (ogólna liczba bakterii) | | | | | | |  |  | |
| * Płytki kontaktowe z Agarem Sabouraud) ogólna liczba pleśni i grzybów drożdżopodobnych) | | | | | | |  |  | |
| * Inne…………. | | | | | | |  |  | |
| Kierunek badania: | o obecności i identyfikacji pałeczek Salmonella wg *PN-EN ISO 6579-1:2017-04*  Schemat White’a – Kaufmanna – Le Minora: 2007[**metoda akredytowana**]  o Ogólna liczba bakterii (N\*\*), o Ogólna liczba grzybów , o Inny ………………………………………… | | | | | | | |
| Miejsce pobrania próbek | **Nazwa i adres:** | | | | | **Powiatowy Inspektorat Weterynaryjny:** | | | |
| **Weterynaryjny nr identyfikacyjny:** | | | |
| **Wykaz powierzchni pobrania:** | | | | | | | | |
| Okres pobrania próbek | * W czasie klucia * Przed wstawieniem stada * W innym czasie ………………………… | | | | * Po dezynfekcji * Przed dezynfekcją | | | | |
| Plan i Procedura pobierania próbek | * Próbka pobrana zgodnie z (podać nazwę planu/ harmonogramu):........................................................................ * Procedura pobierania próbek:................................................................................................................................ * Próbka nie objęta planem pobierania próbek * Brak informacji | | | | | | | | |
| **Próbki pobrał:** ○ właściciel, ○ przedstawicie właściciela, ○ urzędowy lekarz weterynarii, ○ …………………………………. | | | | | | | | | |
| **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**  **Klient** ○ wyraża zgodę / ○ nie wyraża zgody na wykorzystanie danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji zlecenia zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. | | | | | | | | | |
| **Płatnik:** : ○ właściciel, ○ zleceniodawca  **Metoda płatności**: ○ gotówka, ○ przelew | | **Sposób przekazania wyniku:** ○ e-mail :.............................................................................  ○ pocztą do właściciela ○ pocztą do zleceniodawcy ○ odbiór osobisty  ○ dodatkowi adresaci:........................................................................................................ | | | | | | | |
| 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**: | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko osoby dostarczającej próbkę do lab.: |
| Data, godzina i podpis osoby przyjmującej próbkę i dokonującej przeglądu zlecenia: |
| Stan próbki w chwili przyjęcia: ○ Zgodny z kryteriami przyjęcia ○ Niezgodny z kryteriami przyjęcia |
| Numery próbek: |
| Rodzaj opakowania: |
| Uwagi: |
|  |

Wypełnia laboratorium: