|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | |
| **Rodzaj próbki**: ○ ○ Odchody - 2 x min. 150 g (pakowane osobno), ○ 5 par okładzin (podzielone na 2 próbki),  ○ 1 para okładzin+ próbka kurzu, ○ wyściółka z mekonium z 10 pojemników transportowych (po min. 25 g z pojemnika),  ○ wymazy powierzchniowe z 10 pojemników, ○ pisklęta padłe, ○ wymazy z szuflad lęgowych, ○ wkładki z szuflad lęgowych,  ○ skorupki jaj powylęgowych, ○ puch, ○ inne (wpisać jakie): | | | | | | | |
| **Liczba próbek:** | | | **Rodzaj badania:** ○ urzędowe (właścicielskie), ○ usługowe, ○ inne……………………….. | | | | |
| **MIEJSCE POBRANIA PRÓBEK:** | **Nazwa i adres:** | | | | | | **Powiatowy Inspektorat Weterynaryjny:** |
| **Weterynaryjny nr identyfikacyjny:** |
| **Obiekt/ stado nr:** | | | **Wiek stada:** | | | **Aktualna liczebność stada:** |
| Sposób chowu: ○ klatkowy ○ wolnowybiegowy ○ ściółkowy ○ ekologiczny | | | | | | | |
| **Stado w okresie:** ○ odchowu, ○ nieśności | | | | | | | |
| **Stado szczepione p. Salmonella?**  ○ Nie  **○** Tak, szczepionka:  **○** żywa  **○** inaktywowana  data szczepienie…………………………………………………..nazwa szczepionki…………………………………….................................................. | | | | | | | |
| **Stosowano w stadzie środki przeciwbakteryjne?** ○ Nie ○ Tak, podać nazwę………………………………data leczenia:……………....... | | | | | | | |
| **Próbki pobrał:** ○ właściciel, ○ przedstawicie właściciela, ○ urzędowy lekarz weterynarii, ○ …………………………………. | | | | | | | |
| **Procedura pobrania próbek** | | **Oświadczam, że próbki zostały pobrane i dostarczone zgodnie z obowiązującymi przepisami** (Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 200/2010 z dnia 10 marca 2010 r.) **○** Tak ○ Nie | | | | | |
| **Plan pobierania próbek:** | | ○ Próbka pobrana zgodnie z (podać nazwę planu/ harmonogramu): ○ Próbka nie objęta planem pobierania próbek | | | | | |
| **Data i godz. pobrania próbki** ............................  **Data i godz. wysłania próbki do lab**..................... | | | | | **Imię i nazwisko pobierającego próbki**:………………………………………  **Podpis osoby pobierającej próbkę:**…………………………………………… | | |
| **Zlecenie do wykonania badania w laboratorium LABO-VET / nr:** | | | | | | | |
| ***Zlecam wykonanie badań w kierunku obecności i identyfikacji pałeczek Salmonella  PN-EN ISO 6579-1:2017-04***  **Schemat White’a – Kaufmanna – Le Minora: 2007** | | | | | | | |
| **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 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**: | | | | | | | |

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  
 **Protokół pobrania próbek w stadzie hodowlanym kur (Gallus gallus) w ramach realizacji Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów *Salmonella***

Wypełnia laboratorium:

|  |
| --- |
| 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: |