



1. DANE ZLECENIODAWCY	
Nazwa firmy lub imię i nazwisko, Dokładny adres lub pieczętka firmy	
NIP	
Telefon kontaktowy	
E-mail	
2. MIEJSCE POBRANIA PRÓBKII	
Stanowi adres Zleceniodawcy	
3. RODZAJ PRÓBKII / NUMER PRÓBKII (nadaje laboratorium)	
	1. 2. 3. 4. 5.

4. ZAKRES BADAŃ				
<input checked="" type="checkbox"/>	Badany parametr	Metoda badawcza ⁷	Rodzaj próbki (wpisać numer)	Liczba próbek
<input type="checkbox"/>	Salmonella - Obecność	PN-EN ISO 6579-1 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Listeria monocytogenes - Obecność	PN-EN ISO 11290-1 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Listeria monocytogenes - Liczba	PN-EN ISO 11290-2 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Liczba drobnoustrojów w temperaturze 30°C	PN-EN ISO 4833-1 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Liczba drobnoustrojów w temperaturze 30°C	PN-EN ISO 4833-2 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Enterobacteriaceae 37°C - Liczba	PN-EN ISO 21528-2 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Gronkowce koagulazododatnie - Liczba	PN-EN ISO 6888-2 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Bakterie z grupy coli 37°C - Liczba	PN-ISO 4832 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Escherichia coli β-glukuronidazo-dodatnia - Liczba	PN-ISO 16649-2 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Pleśnie/ drożdże - Liczba	PN-ISO 21527-1 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Bacillus cereus - Liczba	PN-EN ISO 7932 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Clostridium perfringens - Liczba	PN-EN ISO 15213 ^(A)		
<input type="checkbox"/>	Campylobacter spp.- Liczba	PN-EN ISO 10272-2 ^(A)		
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Badanie przechowalnicze		TAK	
Rodzaj próbki (wpisać numer):			
Warunki przechowywania zapewniło Laboratorium	Warunki przechowywania zapewnił Zleceniodawca		
Miejsce przechowywania: Laboratorium QSC-LAB	Miejsce przechowywania:		
Czas przechowywania:	Czas przechowywania:		
Warunki przechowywania: nadzorowane -	Warunki przechowywania:		

Dodatkowe wymagania Zleceniodawcy w zakresie wykonania badań		TAK	
Uwagi			

5. PROTOKÓŁ POBRANIA PRÓBKİ			
Pobrano przez Laboratorium		Odebrano przez Laboratorium	Pobrano przez Zleceniodawcę
Imię i nazwisko osoby pobierającej / odbierającej próbkę			
Data pobrania próbki	Godzina pobrania próbki (jeśli dotyczy)	Wielkość próbki (jeśli dotyczy)	
Warunki pobrania próbki	Zgodne z wymaganiami	Przyczyna pobrania niezgodnego z wymaganiami (jeśli dotyczy)	
	Niezgodne z wymaganiami		
Zapoznałem się z zasadami pobierania próbek do badania. Biorę za tę czynność pełną odpowiedzialność. Mam świadomość, że nieprawidłowe pobranie próbki ma bezpośredni wpływ na miarodajność i wiarygodność wyników badania.			

.....
Podpis próbkobiorcy/odbierającego

Warunki transportu próbki			
Zapewniło Laboratorium		Nadzorowane	Termometr/M/S Temperatura°C
Zapewnił Zleceniodawca		Nienadzorowane	
Zapoznałem się z zasadami transportu próbek do badania. Biorę pełną odpowiedzialność za transport próbek do laboratorium, mając świadomość, że niezachowanie warunków transportu ma bezpośredni wpływ na miarodajność i wiarygodność wyników badania.			

.....
Podpis osoby transportującej próbkę

6. USTALENIA OGÓLNE (zgodę zaznaczyć krzyżykiem)			
CEL BADANIA	Badania właścicielskie	x	Dla celów kontroli urzędowej -Ocena zgodności z przepisami prawa
ODBIÓR WYNIKÓW	osobisty		poczta (za dodatkową opłatą)
PŁATNOŚĆ	przelew		gotówka/karta
			Zgoda na przesłanie sprawozdania z badań do jednostki kontrolującej
			e-mail
			zaliczka

7. PRZEGLĄD ZLECENIA
<ol style="list-style-type: none"> Laboratorium posiada właściwe środki (m.in. kompetentny personel, infrastrukturę i wyposażenie) do realizacji zlecenia. Wyrażam zgodę na wykonanie badań u podwykonawcy. Klient w przypadku odstępstwa od niniejszego zlecenia zostanie o nim poinformowany przed kontynuacją badania. W takim przypadku będzie on decydował o zgodzie na odstępstwo. W przypadku nieprawidłowych wyników badań Zlecający zobowiązuje się powiadamiać właściwe jednostki kontrolujące. Przeglądu zlecenia dokonano na poziomie walidacji metody badawczej. Przed podpisaniem zlecenia zapoznałem się z zakresem akredytacji Laboratorium/ów wskazanym na stronie www.pca.gov.pl Skrócony zapis numeru metody badawczej odnosi się zawsze do jej aktualnego wydania zgodnego z zakresem akredytacji AB 1264 dostępnym na www.QSC.pl i www.pca.gov.pl w siedzibie Laboratorium Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niniejszego zlecenia zgodnie z RODO dostępnym na www.QSC.pl Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie dane dostarczone przez klienta m.in dane zleceniodawcy, miejsce i data pobrania próbki, rodzaj próbki, zakres badań. A – metoda akredytowana; N – metoda nieakredytowana; P – podwykonawca

.....
 akceptuję powyższe warunki zlecenia
Data i podpis Zleceniodawcy

.....
Data i podpis Laboratorium

8. PRZYJĘCIE PRÓBKİ DO LABORATORIUM			
Data przyjęcia		Stan próbki	Podpis osoby przyjmującej
Godzina		Bez zastrzeżeń	
Temperatura, °C		Uwagi	