Indyki rzeźne - *Salmonella*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indyki rzeźne - Protokół pobrania próbek /zlecenie badania na obecność i identyfikację serotypów *Salmonella*** | | | | | | | | **Nr zlecenia:** |
| **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**:  2 pary okładzin na buty (pakowane zbiorczo),  inna (podać jaka) ………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | |
| **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: Sposób chowu:  ściółkowy,  wolnowybiegowy ,  inny……………………………………………………….. | | | | | | | | |
| **Stosowano w stadzie środki przeciwbakteryjne?**  Nie  Tak, podać nazwę…………………………………….……data leczenia:……………........................ | | | | | | | | |
| **Próbki pobrał:**  właściciel,  przedstawicie właściciela,  urzędowy lekarz weterynarii,  …………………………………………………………………………….. | | | | | | | | |
| **Procedura pobrania próbek** | | Próbki zostały pobrane i dostarczone zgodnie zobowiązującymi przepisami (Rozp. Rady Ministrów w sprawie wprowadzenia Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów *Salmonella /* Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1190/2012 z dnia 12 grudnia 2012 r z późn. zm.)  inna (wpisać nazwę): | | | | | | |
| **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 godz. wysłania próbki do lab.**............................................. | | | | | **Imię i nazwisko pobierającego próbki**:…………………………………………………………………………….  **Podpis osoby pobierającej próbkę:**……………………………………………………………………………………….. | | | |
| **Zlecam wykonanie badań w kierunku obecności i identyfikacji pałeczek *Salmonella.*** Metoda hodowlana z potwierdzeniem biochemicznym i serologicznym wg PN-EN ISO 6579-1:2017-04+A1:2020-09 ISO/TR 6579-3:2014 [m. akredytowana]\* | | | | | | | | |
| **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:........................................................................................................ | | | | |
| \* Zlecający wyraża zgodę na wykrywanie efektu hamującego wzrost bakterii wg I-01/B [m. nieakredytowana] w przypadku badania próbek na potrzeby KPZS. 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/ przedstawiciela zleceniodawcy**: | | | | | | | | |

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

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:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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