

<b>Indyki rzeźne - Protokół pobrania próbek /zlecenie badania na obecność i identyfikację serotypów <i>Salmonella</i></b>		<b>Nr zlecenia:</b>	
<b>Właściciel / Producent</b> (imię i nazwisko, nazwa, adres, NIP, telefon)		<b>Zleceniodawca /Klient</b> (nazwa, adres, NIP, telefon)	
<b>Cel badania/ przeznaczenie wyniku badania:</b> <input type="checkbox"/> wykorzystanie wyniku w obszarze regulowanym prawnie , <input type="checkbox"/> wykorzystanie wyniku poza obszarem regulowanym prawnie, <input type="checkbox"/> inny (podać jaki):.....			
<b>Rodzaj próbek:</b> <input type="checkbox"/> 2 pary okładzin na buty (pakowane zbiorczo), <input type="checkbox"/> inna (podać jaka) .....			
<b>Liczba próbek:</b>		<b>Rodzaj badania:</b> <input type="checkbox"/> urzędowe - „właścicielskie”, <input type="checkbox"/> usługowe, <input type="checkbox"/> inne.....	
<b>MIEJSCE POBRANIA PRÓBEK:</b>	<b>Nazwa i adres:</b>		<b>Powiatowy Inspektorat Weterynaryjny:</b>
			<b>Weterynaryjny nr identyfikacyjny:</b>
	<b>Obiekt/ stado nr:</b>	<b>Wiek stada:</b>	<b>Aktualna liczebność stada:</b>
<b>Sposób chowu:</b> <b>Sposób chowu:</b> <input type="checkbox"/> ściółkowy, <input type="checkbox"/> wolnowybiegowy , <input type="checkbox"/> inny.....			
<b>Stosowano w stadzie środki przeciwbakteryjne?</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak,    podać nazwę.....    data leczenia:.....			
<b>Próbki pobrat:</b> <input type="checkbox"/> właściciel, <input type="checkbox"/> przedstawicie właściciela, <input type="checkbox"/> urzędowy lekarz weterynarii, <input type="checkbox"/> .....			
<b>Procedura pobrania próbek</b>	<input type="checkbox"/> Próbki zostały pobrane i dostarczone zgodnie z obowiązującymi przepisami (Rozp. Rady Ministrów w sprawie wprowadzenia Krajowego programu zwalczania niektórych serotypów <i>Salmonella</i> / Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1190/2012 z dnia 12 grudnia 2012 r z późn. zm.) <input type="checkbox"/> inna (wpisać nazwę):		
<b>Plan pobierania próbek:</b>	<input type="checkbox"/> Próbką pobrana zgodnie z planem (podać nazwę planu/ harmonogramu): <input type="checkbox"/> Próbką nie objęta planem pobierania próbek		
<b>Data i godz. pobrania próbki</b> .....		<b>Imię i nazwisko pobierającego próbkę:</b> .....	
<b>Data i godz. wysłania próbki do lab.</b> .....		<b>Podpis osoby pobierającej próbkę:</b> .....	
<input type="checkbox"/> <b>Zlecam wykonanie badań w kierunku obecności i identyfikacji pałeczek <i>Salmonella</i>.</b> 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]*			
<b>Klient</b> <input type="checkbox"/> nie oczekuje / <input type="checkbox"/> oczekuje (należy wypełnić formularz - zał.01/Z) <b>oceny zgodności wyników badań z wymaganiami</b>			
<b>Płatnik:</b> <input type="checkbox"/> właściciel, <input type="checkbox"/> zleceniodawca		<b>Sposób przekazania sprawozdania:</b> <input type="checkbox"/> pocztą do właściciela, <input type="checkbox"/> pocztą do zleceniodawcy, <input type="checkbox"/> odbiór osobisty, <input type="checkbox"/> e-mail (skan) :.....	
<b>Metoda płatności:</b> <input type="checkbox"/> gotówka, <input type="checkbox"/> przelew		<input type="checkbox"/> PIW, <input type="checkbox"/> 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. Próbką 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 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			
<b>Data i podpis zleceniodawcy/ przedstawiciela zleceniodawcy:</b>			

Rejestracja próbek / wypełnia laboratorium:

Próbki dostarczył: <input type="checkbox"/> klient, <input type="checkbox"/> przedstawiciel klienta, <input type="checkbox"/> kurier, <input type="checkbox"/> poczta / Imię i nazwisko:
Data i godzina przyjęcia próbki:
Warunki transportu: <input type="checkbox"/> prawidłowe, <input type="checkbox"/> niewłaściwe
Stan próbki w chwili przyjęcia: <input type="checkbox"/> Zgodny z kryteriami przyjęcia <input type="checkbox"/> Niezgodny z kryteriami przyjęcia
Potwierdzenia zdolności do wykonania badań: <input type="checkbox"/> Tak, <input type="checkbox"/> Nie
Uwagi / komentarz do oceny:
Przeglądu zlecenia / wstępnej oceny próbki dokonał:

Dodatkowe ustalenia, zapisy: .....

.....