

Dział Laboratoryjny Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna Oddział Laboratoryjny Epidemiologii 00-875 Warszawa ul. Żelazna 79 tel. (22) 620-90-02-08 wew. 184	Laboratoryjny numer próbki/należy wpisać z programu LAB-EPL:
	<i>Próbka nr 1:AT...../2016</i>
	<i>Próbka nr 2:AT...../2016</i>
	<i>Próbka nr 3:AT...../2016</i>
	<i>Próbka nr 4:AT...../2016</i> <i>Rodzaj próbki: wskaźnik biologiczny ATTEST™ nr kat 1262</i> <i>seria.....</i>
Uwaga: Data/godz. przyjęcia próbek do laboratorium oraz stan próbki: bez zastrzeżeń/ nie kwalifikuje się do badania- są wpisywane do programu LAB EPL pod nr ZL poniżej	

Zlecenie badania (LP)

nr: ZL...../2016

/wpisać z programu LAB-EPL/

Kontrola biologiczna autoklawu			
DANE ZLECENIODAWCY		NIP	
Nazwa			
Adres/			
(adres e-mail :.....telefon kontaktowy.....)			
DANE STERYLIZATORA			
Numer fabryczny/ rok produkcji (lokalizacja)			
Nazwa /typ			
Parametry sterylizacji:		Temp.	Czas
Ilość użytych wskaźników		Ciśnienie	
		Data i godzina sterylizacji	
Podpis osoby sterylizującej próbkę			
Lp.	Rodzaj badania /metodyka	Ilość wskaźników	Cena brutto (zawiera 23% VAT)
1	Badanie skuteczności procesu sterylizacji - metoda hodowlana/PB/EPL-62*		

Platność: przelew w kasie WSSE (gotówka /karta)

Sposób przekazania faktury i sprawozdania : odbiór osobiście wysłać pocztą wysłać mailem / adres mailowy zleceniodawcy

*w/w badania zostaną wykonane zgodnie z obowiązującą w Laboratorium w WSSE w Warszawie Procedurą Badawczą -PB/EPL- 62, której status wydania dostępny jest na stronie internetowej (www.wsse.waw.pl) oraz w punkcie przyjmowania próbek.

Zleceniodawca oświadcza, że dostarczona przez niego próbka/próbki do badań została pobrana i transportowana zgodnie z aktualnym opisem sposobu pobierania próbek „Pobieranie próbek do badania kontrolującego skuteczność procesów sterylizacji za pomocą wskaźników biologicznych 3M™ ATTEST™” (załącznik nr 3 /IR-22/PO-05) dostępnym na stronie internetowej (www.wsse.waw.pl) oraz w punkcie przyjmowania próbek.

Reklamacje można składać w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań

.....
/Podpis Zleceniodawcy/

.....
/Podpis osoby przyjmującej zlecenie do realizacji w Laboratorium/