Str.01/02

**Wojewódzki Inspektorat Weterynarii** ZHW Białystok

**Zakład Higieny Weterynaryjnej**

**w Białymstoku**

(085/6510-229 lub 6510-337)

**Zlecenie na wykonanie badań**

CZĘŚĆ I. WYPEŁNIA KLIENT (Zleceniodawca)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zleceniodawca | Właściciel próbki/miejsce pobrania | Płatnik/ NIP |
|   |    |   |

2. **Próbki pobrane** przez……………………………………………………..zleceniodawcę/właściciela/inspektora\*

w obecności: ………………………………………………………data/godzina pobrania…………………………..

3. Oświadczenie klienta dotyczące **sposobu pobrania próbki** oraz **planu pobierania** próbki **( zaznaczyć X**):

|  |
| --- |
|[ ]  pobranie jest zgodne z Rozp.Kom.(WE) **2073/2005** z późn.zm. |
|[ ]  inny sposób pobrania gwarantujący jej reprezentatywność: ***podaj jaki***  |
|[ ]  nie zdefiniowano |
|[ ]  próbka pobrana zgodnie z planem wg Rozp.Kom.(WE) **2073/2005** z późn.zm. |
|[ ]  próbka nie objęta planem pobierania próbek |

4. **Rodzaj badania. Cel badania/ przeznaczenie wyniku badania( zaznaczyć X):**

|  |
| --- |
| **Urzędowe rutynowe****(obszar regulowany prawnie)** |[ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Usługowe** | [ ]  | spełnienie wymagań prawnych - **obszar regulowany prawnie:** Rozp.Kom.(WE) **2073/2005** z późn.zm. |
| [ ]  | inne ( podać jakie) np. potrzeby technologiczne: |   |

5.**Rodzaj i ilość próbek**: **badanie wg Rozporządzenia Komisji (WE) Nr 2073/2005** z późn.zm.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj próbki** | **Ilość próbek** | **Informacja dotycząca próbki** | **Nr punktu kryterium oceny\*\*** | **Nr kodowy wg rejestru (nadany****w PPP)\*\*\*** |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |

\*\* przy wyborze techniki PCR w przypadku wykrywania *L. monocytogenes* lub *Salmonella* należy to zaznaczyć

(zgodność z art. 5 pkt.5 Rozp. Komisji(WE) z późn.zm. )

\*\*przy zleceniu wg 1.28 lub 2.1.5 w przypadkuwykrycia obecności *Salmonella* wynik zostanie doprecyzowany o obecność *Salmonella* Typhimuriumlub *Salmonella* Enteritidis

Załącznik nr Zał.05/ PO-02/ Wersja 05

Data obowiązywania: 31.03.2022

Str.02/02

ZHW Białystok

6. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać badanie jak najszybciej jak to możliwe. Termin wykonania badania wynika

z metody badania i może ulec zmianie w zależności od rodzaju i zakresu niezbędnych analiz. Zleceniobiorca może odstąpić od realizacji całości lub części zlecenia w sytuacji, gdy stwierdzi, że dostarczona próbka nie jest reprezentatywna, źle oznakowana lub nie odpowiada wymogom norm, procedur lub instrukcji, wg których mają zostać przeprowadzone badania.

7. Laboratorium nie podaje częściowych wyników badań.

8. Pozostałości próbek po badaniu nie podlegają zwrotowi

 9. Niepewność pomiaru ( k=2 przy 95 % prawdopodobieństwie ) – podawana wówczas, gdy ma to znaczenie

dla ważności wyników badania lub kiedy niepewność ma znaczenie dla zgodności z wyspecyfikowanymi wartościami granicznymi lub ich zastosowania, kiedy wymagane to jest wytycznymi zleceniodawcy (zakreślić, jeśli zleceniodawca wyrazi życzenie).

 10. W przypadku gdyby zleceniodawca życzy podania stwierdzenia zgodności, ZHW zastosuje udokumentowaną zasadę

 prostej akceptacji według wytycznych ILAC-G8:09/2019, biorąc pod uwagę poziom ryzyka związany z zastosowaną zasadą

 (błędna akceptacja i błędne odrzucenie), chyba, że wymagania będą stanowić inaczej.

 Szczegóły przedstawia aktualny Rozdział 7.1 Księgi systemu zarządzania, umieszczony na stronie internetowej www.bialystok.wiw.gov.pl.

 Potrzebę podania stwierdzenia zgodności oraz specyfikację/wymaganie zleceniodawca umieszcza w pkt.20 w Uwagach.

11. Zleceniodawca zobowiązuje się uregulować należność za poszczególne badania według cen ustalonych

w Cenniku Usług obowiązującym w WIW-ZHW Białystok.

12. Forma płatności na podstawie faktury VAT: **przelewem** na konto Wojewódzkiego Inspektoratu Weterynarii.

13. Sposób przekazania sprawozdania z badań: **osobiście / pocztą**\*. W przypadku odbioru osobistego sprawozdania z badań, będzie ono do odbioru w ciągu 7 dni od daty wystawienia, po tym terminie zostanie wysłane pocztą.

14. ZHW Białystok zapewnia zachowanie poufności dotyczące wyników i danych zleceniodawcy. W przypadku, gdy uzyskane wyniki wskazują na wystąpienie zagrożenia zdrowia ludzi lub zwierząt, ZHW odstępuje od zachowania poufności. Przepisy regulujące: Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. o inspekcji weterynaryjnej. Pismo Zastępcy Gł. Lek. Wet. nr GIWhig.501/mon/98/2004 z 12 marca 2004r.

15. Zleceniodawca ma prawo do wniesienia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania wyników.

16. Wynik jest nieprzydatny do oceny w obszarze regulowanym prawnie, jeżeli badanie wykonywane jest metoda/techniką inną niż wskazuje przepis prawny.

17. Laboratorium posiada akredytację PCA nr AB 437. Aktualny zakres akredytacji jest dostępny na stronie [www.pca.gov.pl](http://www.pca.gov.pl)

( zakładka laboratoria badawcze) lub na stronie WIW-ZHW [www.bialystok.wiw.gov.pl](http://www.bialystok.wiw.gov.pl).

 Wykaz metod nieakredytowanych, objętych systemem zarządzania, przedstawia aktualny Rozdział 3 Księgi systemu zarządzania , umieszczony na stronie internetowej [www.bialystok.wiw.gov.pl](http://www.bialystok.wiw.gov.pl).

18. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych zawartych w niniejszym zleceniu na wykonanie badań dostępne są na stronie Wojewódzkiego Inspektoratu Weterynarii w Białymstoku ( http://www.bialystok.wiw.gov.pl/dok/klauzula.pdf )

19.**Uwagi**:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………….………………………… …………………………

 (czytelny podpis zleceniodawcy/ osoby upoważnionej) data

CZĘŚĆ II. WYPEŁNIA LABORATORIUM - ZHW Białystok

1. Próbki dostarczył………………………………………………………

2. Data/godz. dostarczenia próbki……………………………………………………..

3. Warunki dostarczenia próbki : pocztą/bezpośrednio\*

4. Stan próbki: prawidłowy/nieprawidłowy \* temperatura…………………………………..

5. **Uwagi:**

 ………………………… …………………………… ……………………………

 data podpis: pracownika PPP przedstawiciela pracowni

 (podpisy osób upoważnionych do przyjęcia zlecenia)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* metoda zaakceptowana w załączniku do zlecenia

\*\*\* PPP- Punkt Przyjęcia Próbek

Pole zaznaczone na szaro wypełnia pracownik PPP