

ZLECENIE nr

na badanie: test Sporal A / Sporal S *

wg PB-08

I Nazwa i adres gabinetu:

.....
.....

II Nazwa urzędnika:

III Data sterylizacji:

IV Warunki sterylizacji: temp. °C czas min

V Rozmieszczenie testów:

test 1 test 2 test 3

VI Czas trwania badania: 7 dni

VII Płatność wg aktualnie obowiązującego cennika: **gotówka w kasie PSSE / przelew ***

VIII Dane do wystawienia faktury:

nazwa gabinetu

adres

NIP

IX Sposób odebrania wyniku badania: osobiście / przez osobę upoważnioną / pocztą *

Klient ma prawo do złożenia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badania. Laboratorium ma obowiązek zgłaszania dodatkich wyników badania laboratoryjnego w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych do Państwowego Inspektora Sanitarnego zgodnie z Ustawą z dnia. 05.12.2008 r o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013r. poz. 947)

Data i podpis Klienta

Wypełnia Laboratorium

1. Data i godzina przyjęcia materiału do badania:

2. Materiał przyjęty do badań: akceptuję / nie akceptuję * **Numer próbek:**

3. Rezultat przeglądu zlecenia: pozytywny / negatywny *

Podpis osoby przyjmującej zlecenie

* - właściwe zaznaczyć