



SLW BIOLAB

Miejscowość....., dn.....

PO-03-7 z dnia 08.06.2018 strona 1/2

Zlecenie na badanie DRÓB**SLW BIOLAB s.c.**
ul. Grunwaldzka 62
14-100 Ostróda**Zlecający:** (dane zlecającego/adres/nr telefonu/e-mail)**Płatnik:** (dane płatnika/adres/NIP/nr telefonu/e-mail)

czytelny podpis

zleca wykonanie badań w SLW BIOLAB s.c. w Ostródzie następujących próbek:

Właściciel:**Rodzaj próbek:***(krew, surowica, kał, wycinki narządów, wymazy z narządów, padle zwierzęta, szczep bakteryjny, wymazy czystościowe, ściółka, mekonium, puch, jaja)***Gatunek, rasa, płęć:****Ilość próbek:****Data pobrania:****Data wstawienia:****Wiek:****Użytkowość:****Obiekt:****Nr fermy/stada:****Zlecone kierunki badania:*****SEROLOGIA**

ELISA		ELISA		metoda HI IBV		PCR		aglutynacja	
<input type="checkbox"/>	IBD	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>	4/91	<input type="checkbox"/>	MGMS	<input type="checkbox"/>	MG-p
<input type="checkbox"/>	REO	<input type="checkbox"/>	BA	<input type="checkbox"/>	QX	<input type="checkbox"/>	MG	<input type="checkbox"/>	MS-p
<input type="checkbox"/>	NDV	<input type="checkbox"/>	SE	<input type="checkbox"/>	Italy-02	<input type="checkbox"/>	MS	<input type="checkbox"/>	SPG-p
<input type="checkbox"/>	ORT	<input type="checkbox"/>	ST	<input type="checkbox"/>	M41	<input type="checkbox"/>	M iowae	precypitacja	
<input type="checkbox"/>	AE	<input type="checkbox"/>	EDS	<input type="checkbox"/>	D3128	<input type="checkbox"/>	TRT typ A i B	<input type="checkbox"/>	MD
<input type="checkbox"/>	PM	<input type="checkbox"/>	FAD	<input type="checkbox"/>	D274	<input type="checkbox"/>	IBV 02	<input type="checkbox"/>	AI
<input type="checkbox"/>	IBV	<input type="checkbox"/>	ALV-J	<input type="checkbox"/>	D1466	<input type="checkbox"/>	IBV 4/91	<input type="checkbox"/>	RID
<input type="checkbox"/>	MG	<input type="checkbox"/>	LLAG	<input type="checkbox"/>	D8880	<input type="checkbox"/>	IBV QX		
<input type="checkbox"/>	MS	<input type="checkbox"/>	LLAB			<input type="checkbox"/>	Influenza typ A		
<input type="checkbox"/>	MSMG	<input type="checkbox"/>	CAV			<input type="checkbox"/>	Histomonas meleagridis		
<input type="checkbox"/>	MM	<input type="checkbox"/>	TRT						
<input type="checkbox"/>	AI typ A	<input type="checkbox"/>	ILT						
								<input type="checkbox"/>	Archiwizacja

MIKROBIOLOGIA

<input type="checkbox"/>	Badanie bakteriologiczne wielokierunkowe
<input type="checkbox"/>	Badanie bakteriologiczne ukierunkowane
<input type="checkbox"/>	Badanie mykologiczne
<input type="checkbox"/>	Badanie anatomopatologiczne
<input type="checkbox"/>	Oznaczenie lekowrażliwości metodą dyfuzyjno-krażkową
<input type="checkbox"/>	Badanie w kierunku obecności pałeczek Salmonella
<input type="checkbox"/>	Obecność i identyfikacja pałeczek Salmonella wg PN-EN-ISO 6579:2003+A1:2007+AC:2014-11
<input type="checkbox"/>	Identyfikacja szczepu bakteryjnego
<input type="checkbox"/>	Zabezpieczenie wyizolowanych szczepów bakteryjnych
<input type="checkbox"/>	Badanie parazytologiczne
<input type="checkbox"/>	Określenie liczby oocyst Eimeria spp. w 1 g kału (OPG)
<input type="checkbox"/>	Badanie bakteriologiczne próbek z ZWD - wg Instrukcji nr 51 Ministerstwa Rolnictwa- Dep. Wet.
<input type="checkbox"/>	Badanie mykologiczne próbek z ZWD - wg Instrukcji nr 51 Ministerstwa Rolnictwa- Dep. Wet.

WODA

<input type="checkbox"/>	Badanie bakteriologiczne wody z linii pojenia	<input type="checkbox"/>	Badanie mykologiczne wody z linii pojenia
--------------------------	---	--------------------------	---

*zlecone kierunki badań zaznaczyć krzyżykiem

Inne kierunki badań: (po uzgodnieniu z laboratorium).....

Dodatkowe informacje:
(antybiotykoterapia, wywiad, dodatkowe posiewy)

Sposób przekazania sprawozdania: telefonicznie, poczta, fax, e-mail, osobiście

Osoby upoważnione do uzyskania bieżących informacji z badania:

Osoby upoważnione do otrzymania sprawozdania z badania:

Laboratorium zobowiązuje się do przeprowadzenia badań według obowiązujących w laboratorium procedur i instrukcji badawczych. Laboratorium zobowiązuje się do zachowania poufności wyników badań i praw własności klienta, o ile przepisy nie stanowią inaczej i archiwizowanie ich przez okres 3 lat. Klientowi lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo do wglądu do dokumentacji dotyczącej jego badań, uzyskiwania bieżących informacji i uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie oraz złożenia skargi do Kierownika Laboratorium, wg obowiązującej w Laboratorium procedury.

Płatnik zobowiązuje się do zapłaty należności za badania w ciągu 14 dni od dnia otrzymania Faktury na konto Wykonawcy PKO BP 34 1020 3613 0000 6102 0033 6297 wg cennika obowiązującego w laboratorium.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

.....

Podpis zlecającego

UWAGA! Za prawidłowe pobranie i dostarczenie do badania próbek odpowiada zleceniodawca. Przy kontaktowaniu się z zapytaniem o wyniki badania prosimy powoływać się na numer zlecenia nadany przez Laboratorium lub nazwisko klienta.

Uwagi

.....