



SLW BIOLAB

Miejscowość....., dn.....

PO-03-7 z dnia 01.07.2018 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, płeć:****Ilość próbek:****Data pobrania:****Data wstawienia:****Wiek:****Użytkowość:****Obiekt:****Nr fermy/stada:****Zlecone kierunki badania:\*****SEROLOGIA**

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

**Cel badania (prosimy zaznaczyć właściwe):**

<input type="checkbox"/>	Wynik badania do wykorzystania w obszarze regulowanym prawnie
<input type="checkbox"/>	Wynik badania do wykorzystania poza obszarem regulowanym prawnie

**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 .....

.....