



SLW BIOLAB

Miejscowość....., dn.....

PO-03-11 z dnia 01.07.2018 strona 1/2

Zlecenie na badanie ŻYWNOŚĆ, PASZA, WYMAZY ŚRODOWISKOWE**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:**

(żywność, pasza, wymazy czystościowe, wymazy środowiskowe)

Nr bezp. koperty:**Data pobrania:****Godzina pobrania:****Próbkę pobrał:****Pobrano zgodnie z:****Nr fermy:****Nr partii:****Ilość próbek:****Wielkość próbki:****Data uboju:****Data produkcji:****Termin ważności:****Zlecone kierunki badania:*****ŻYWNOŚĆ**

<input type="checkbox"/>	Obecność Salmonella spp.	<input type="checkbox"/>	Salmonella spp. metodą PCR**
<input type="checkbox"/>	Obecność i identyfikacja Salmonella spp.	<input type="checkbox"/>	Liczba drożdży i pleśni
<input type="checkbox"/>	Ogólna liczba drobnoustrojów	<input type="checkbox"/>	Liczba bakterii z grupy coli
<input type="checkbox"/>	Liczba Enterobacteriaceae	<input type="checkbox"/>	Liczba gronkowców koagulazo-dodatnich
<input type="checkbox"/>	Obecność Listeria monocytogenes	<input type="checkbox"/>	Liczba mezofilnych bakterii fermentacji mlekowej**
<input type="checkbox"/>	Liczba Listeria monocytogenes	<input type="checkbox"/>	Liczba Bacillus spp.**
<input type="checkbox"/>	Liczba Escherichia coli	<input type="checkbox"/>	Liczba Pseudomonas spp.**
<input type="checkbox"/>	Obecność Campylobacter spp.	<input type="checkbox"/>	Badanie organoleptyczne
<input type="checkbox"/>	Liczba Campylobacter spp.		

PASZA

<input type="checkbox"/>	Obecność Salmonella spp.	<input type="checkbox"/>	Obecność kokcydiostatyków jonoforowych
<input type="checkbox"/>	Ogólna liczba drobnoustrojów	<input type="checkbox"/>	Oznaczanie aflatoksyny
<input type="checkbox"/>	Oznaczanie liczby drożdży i pleśni	<input type="checkbox"/>	Oznaczanie ochratoksyny
<input type="checkbox"/>	Liczba Enterobacteriaceae	<input type="checkbox"/>	Oznaczanie zearalenonu
<input type="checkbox"/>	Obecność laseczek z rodzaju Clostridium	<input type="checkbox"/>	Obecność beztlenowych laseczek przetrwalnikujących
<input type="checkbox"/>	Obecność laseczek z rodzaju Clostridium z identyfikacją	<input type="checkbox"/>	Liczba Escherichia coli

WYMAZY ŚRODOWISKOWE

<input type="checkbox"/>	Obecność Salmonella spp.	<input type="checkbox"/>	Liczba drożdży i pleśni
<input type="checkbox"/>	Obecność i identyfikacja Salmonella spp.	<input type="checkbox"/>	Liczba Escherichia coli
<input type="checkbox"/>	Ogólna liczba drobnoustrojów	<input type="checkbox"/>	Obecność Campylobacter spp.
<input type="checkbox"/>	Liczba Enterobacteriaceae	<input type="checkbox"/>	Liczba Campylobacter spp.
<input type="checkbox"/>	Obecność Listeria monocytogenes	<input type="checkbox"/>	Liczba gronkowców koagulazo-dodatnich
<input type="checkbox"/>	Liczba Listeria monocytogenes	<input type="checkbox"/>	Badanie czystości powietrza - metoda sedymentacyjna

*zlecone kierunki badań zaznaczyć krzyżykiem

** kierunki badań po wcześniejszym uzgodnieniu z laboratorium

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

Dodatkowe informacje:

(badanie przechowalnicze, nr zlecenia na badanie)

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

.....