ZHW Olsztyn - formularz nr PO-02/F03, obowiązuje od 02.01.2025 strona/ stron: 1/2

Wojewódzki Inspektorat Weterynarii

10-072 Olsztyn, ul. Szarych Szeregów 7

Zakład Higieny Weterynaryjnej w Olsztynie Data i godzina przyjęcia: ……..……………

10-702 Olsztyn, ul. Warszawska 109 Przyjęto: pocztą/ bezpośrednio\*

**Zlecenie badania nr** ................. **do umowy nr** .............. **/ jednorazowe\*/ rok** ……….

**1. Zlecam wykonanie badań z laboratoryjnej diagnostyki klinicznej:** ……………………………………………………………………………………………………………………….……….

**2. Zleceniodawca:** ......................................................................................................................................................................................................................

**3. Właściciel:** ..............................................................................................................................................................................................................................

**3a. Zlecam badanie: w ramach prowadzonej działalności gospodarczej prywatnie jako osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej**

 **jako rolnik ryczałtowy**

**4. Płatnik: dane nabywcy do faktury/ noty\*: nazwa:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….…

**Adres:** ………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………..……… **NIP**…………………….……………….….….

**4a. Dane kontaktowe: imię i nazwisko:** …………………………………..……………………………….....……**telefon** ………..…………..…… **e-mail** ………………………………….….

**4b.Forma przekazania faktur, not obciążeniowych, not odsetkowych, potwierdzeń sald: osobiście/pocztą/e-mail \***(..................................................)

**5. Próbki pobrano zgodnie z:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….….

 **Przez** (imię i nazwisko**)** ............................................................................................................. **Data i godzina pobrania** .......................................................

 **Próbki pobrano wg: harmonogramu badań urzędowych, planu deklarowanego przez klienta zewnętrznego, inne:** ……………………………….....……

 **Próbki pobrał: zleceniodawca, właściciel, przedstawiciel zleceniodawcy/ właściciela**\*,  **inne:** ………………………………………………………………….….…

Zleceniodawca/właściciel ma świadomość, że sposób pobrania próbki oraz warunki jej dostarczenia mają wpływ na wynik badania; bierze za te czynności odpowiedzialność . ZHW nie bierze odpowiedzialności za pobieranie i transport próbek.

**6. Cel badania: spełnienie wymagań prawnych, zapewnienie bezpieczeństwa epizootycznego i dobrostanu zwierząt,**

 **zapewnienie bezpieczeństwa żywności i higieny procesu produkcyjnego, zapewnienie bezpieczeństwa pasz i higieny procesu produkcyjnego,**

 **sprawdzenie stanu zwierzęcia/stada, inne:** …………………………………………………………………………………………………..……..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kod cyfrowo-literowy próbek | Lp. | Przedmiot badań, oznaczenie próbki przez klienta | Liczba próbek jednostkowych | Badana cecha/ Uzgodniona metoda |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** |
| ............... /**20** /**DS**/ ………………...... | 1. | 1. **Rodzaj pobranych próbek**\***:**

Krew „na skrzep”Surowica1. **WNI** …………………………….
2. **Nr stada:**
3. **Gatunek:**
4. **Rasa:**
5. **Wiek:**
 |  | **\* obecność przeciwciał przeciwko Mycoplasma gallisepticum/ Metoda immunoenzymatyczna (ELISA/** Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii Nr GIWpr02010-5/2015 z dnia 30.07.2015 r.PB/DS/19 wydanie 07 z dnia 21.10.2021 r. opracowana na podstawie instrukcji producenta testu |
| **\* obecność przeciwciał przeciwko Mycoplasma meleagridis/Metoda immunoenzymatyczna (ELISA)/** Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii Nr GIWpr02010-5/2015 z dnia 30.07.2015 r.PB/DS/20 wydanie 07 z dnia 21.10.2021 r. opracowana na podstawie instrukcji producenta testu |
| **\* obecność przeciwciał przeciwko Mycoplasma synoviae/ Metoda immunoenzymatyczna (ELISA) /** Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii Nr GIWpr02010-5/2015 z dnia 30.07.2015 r.PB/DS/21 wydanie 07 z dnia 21.10.2021 r. opracowana na podstawie instrukcji producenta testu |
| **\* obecność przeciwciał dla wirusa rzekomego pomoru drobiu (NDV)/ Metoda immunoenzymatyczna (ELISA)** Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii Nr BP.0200.1.5.2025 z dnia 18.06.2025 r.PB/DS/29 wydanie 01 z dnia 30.06.2025 r. opracowana na podstawie instrukcji producenta testu **METODA NIEAKREDYTOWANIA OBJĘTA SYSTEM ZARZĄDZANIA SPEŁNIAJACA WYMAGANIA PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02** |
| **\* obecność przeciwciał przeciwko Mycoplasma gallisepticum/** **Metoda aglutynacji płytowej (SPA)/** Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii GIWpr02010-5/2015 z dnia 30.07.2015 r.PB/DS/16 wydanie 08 z dnia 21.10.2021 r. opracowana na podstawie instrukcji producenta testu |
| **\* obecność przeciwciał przeciwko Mycoplasma meleagridis/** **Metoda aglutynacji płytowej (SPA)/** Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii GIWpr02010-5/2015 z dnia 30.07.2015 r.PB/DS/17 wydanie 08 z dnia 21.10.2021 r. opracowana na podstawie i instrukcji producenta testu |
| **\* obecność przeciwciał przeciwko Mycoplasma synoviae/** **Metoda aglutynacji płytowej (SPA)/** Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii Nr GIWpr02010-5/2015 z dnia 30.07.2015 r.PB/DS/18 wydanie 08 z dnia 21.10.2021 r. opracowana na podstawie instrukcji producenta testu |
| **\* obecność przeciwciał przeciwko Salmonella Gallinarum biovar gallinarum, pullorum/ Metoda aglutynacji płytowej (SPA)**PB/DS/15 wydanie 08 z dnia 21.10.2021 r. **METODA NIEAKREDYTOWANIA OBJĘTA SYSTEM ZARZĄDZANIA SPEŁNIAJACA WYMAGANIA PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02** |

\* niepotrzebne skreślić

**Klient wypełnia miejsca oznaczone „tłustym drukiem” – punkty 1-6 i 11, 12, 21, 23 oraz kolumny tabeli 2-5 wyróżnione kolorem szarym.**

ZHW Olsztyn - formularz nr PO-02/F03, obowiązuje od 02.01.2025 strona/ stron: 2/2

7. Dodatkowa dokumentacja …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

8. Aktualny Zakres Akredytacji Laboratorium Badawczego nr AB 604 dostępny jest na stronie <https://www.pca.gov.pl>. Pełny zakres badań wykonywanych przez ZHW znajduje się pod adresem <https://www.olsztyn.wiw.gov.pl/bip/zakres-badan>. Zleceniodawca akceptuje proponowane przez ZHW metody badawcze.

9. Dla metod nieakredytowanych, nieobjętych systemem zarządzania zostanie wydane oddzielne Sprawozdania z badania.

10. Zleceniodawca upoważnia dostarczającego próbki (kiedy nie robi tego osobiście) do składania w jego imieniu podpisów na dokumentach obowiązujących w ZHW oraz do odbioru faktury, noty obciążeniowej lub Sprawozdania z badania (w przypadku odbioru osobistego).

**11. Szacowanie niepewności dla metod ilościowych: □ TAK □ NIE \*\***

 **Wyniki badań dla metod ilościowych podane będą z ich niepewnością, gdy ma to znaczenie dla: miarodajności wyników badania/ich zastosowania/zgodności z wyspecyfikowanymi wartościami granicznymi i/lub na życzenie klienta. W oszacowanej niepewności nie uwzględnia się niepewności związanej z pobieraniem próbek.**

**12. Na życzenie klienta ZHW podejmuje się stwierdzenia zgodności ze specyfikacją lub wymaganiami dotyczącymi badania (dotyczy metod ilościowych).**

**□ TAK □ NIE \*\* (jeżeli TAK należy wypełnić formularz ZHW Olsztyn – formularz nr PO-02/F06).**

13. Wynik jest nieprzydatny do oceny w obszarze regulowanym prawnie, jeżeli badanie wykonane jest metodą inną niż wskazuje przepis prawny.

14. Planowany termin realizacji wynikający z zastosowanej metodyki, minimum: .....................................................................

15. Zleceniodawca ma prawo uczestniczenia w badaniach jako obserwator, jeżeli Wykonawca jest w stanie zapewnić zachowanie bezpieczeństwa i poufności badań zleconych przez inne podmioty.

16. Zleceniodawca wyraża zgodę na wykorzystanie wyników do opracowań statystycznych.

17. Pozostałości próbek po badaniu pozostają do dyspozycji ZHW.

18.Wykonawca zapewnia zachowanie poufności dotyczące wyników badań i danych Zleceniodawcy, chyba że uzyskane wyniki badań wskazywałyby na zagrożenie życia i zdrowia ludzi lub zwierząt albo ze względów epizootycznych, powiadomiony zostaje właściwy terytorialnie Powiatowy Lekarz Weterynarii i/lub Wojewódzki Lekarz Weterynarii.

19. Zleceniodawca ma prawo do złożenia pisemnej skargi do Warmińsko-Mazurskiego Wojewódzkiego Lekarza Weterynarii w Olsztynie. Skargi zostaną rozpatrzone w trybie określonym w procedurze PO-07 „Postępowanie ze skargami”.

20. Spory wynikające z realizacji umowy rozstrzyga sąd właściwy dla siedziby Wykonawcy.

**21. Odbiór wyników: osobiście/ e-mail[[1]](#footnote-1)\* (**.......................................................................................................................................................................**)**

22. Koszt badania: wg cennika urzędowego/wewnętrznego obowiązującego w WIW Olsztyn/ badanie nieodpłatne\*.

**23. Warunki płatności: badania nieodpłatne/ gotówka/ przelew\*. Termin płatności (przelew): zgodnie z umową.**

24. Nieuiszczenie w terminie należności za badania spowoduje:

a) naliczanie odsetek zgodnie z obowiązującymi przepisami,

b) dalsze przyjmowanie próbek i wykonywanie badań wyłącznie pod warunkiem ich wcześniejszego opłacenia.

25. Niniejsze zlecenie badania sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

26. Zmiany do zlecenia badania (umowy) wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

27. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Warmińsko-Mazurski Wojewódzki Lekarz Weterynarii w Olsztynie. Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie Wojewódzkiego Inspektoratu Weterynarii w Olsztynie pod adresem <https://www.olsztyn.wiw.gov.pl/bip/rodo>.

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

 Pieczątka ZHW Pieczątka i podpis Zleceniodawcy/ Właściciela\*

**WYPEŁNIA LABORATORIUM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Warunki dostarczenia próbek** | **Ocena stanu (przydatności) próbek\*\*** |
| **Opakowanie\*\*** | **Temperatura dostarczonych próbek** |
| **nieuszkodzone** |  |  | **bez zastrzeżeń** |  |
| **uszkodzone** |  | **próbki niezdatne do badania** |  |

28. Uwagi: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

29. Przeglądu zlecenia dokonał:

 - data i podpis upoważnionego pracownika Punktu Przyjęcia Próbek ……………………………………………….…

 - data i podpis przedstawiciela pracowni/działu\*………………………………………………………………….….………….

1. \* niepotrzebne skreślić

\*\* zaznaczyć właściwe [X]

**Klient wypełnia miejsca oznaczone „tłustym drukiem” – punkty 1-6 i 11, 12, 21, 23 oraz kolumny tabeli 2-5 wyróżnione kolorem szarym.** [↑](#footnote-ref-1)