

Pracownia
Wytrawiania

ZLECENIE BADANIA

- nr.....

I 1. Właściciel

Osoba pobierająca/zleceniodawca.....data pobrania prób

Próbki pobrano zgodnie z Rozporządzeniem Wykonawczym Komisji (UE) 2015/1375 z dn.10.08.2015r., Załącznik I, Rozdział I, punkt 2; Załącznik III (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 212 11.8.2015).

2. Materiał do badań: filar przepony w przejściu do części ściępnistej/inne fragmenty mięśni/.....*

3.

L.P.	Oznakowanie badanych próbek/ Rodzaj badanej próbki tusze świń domowych (T), maciory (M), knury (K), dziki (D),(inne)N**
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

4. Przydatność próbek do badań-spostrzeżenia lub uwagi:

5. Data przyjęcia próbki(ek) - dostarczona osobiście/pocztą*

6. Termin realizacji

7. Odbiór wyników: fax / poczta / osobiście/.....*

8. Zleceniodawca ma prawo uczestnictwa w badaniach wyłącznie, jako obserwator. Uczestnictwo w badaniach tak/nie*

II 1. Badanie w kierunku występowania larw włośni metodą wytrawiania wspomaganą mieszczałem magnetycznym

- Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) 2015/1375 z dn.10.08.2015r., Załącznik I, Rozdział I, z późniejszymi zmianami; Załącznik III.

2. Laboratorium może odstąpić od przyjęcia próbek w sytuacji, gdy: próba jest niereprezentatywna, i nie odpowiada kryteriom przyjęcia próbek do badań dla PW IO-01 PW, dla TPW IO-10TPW.

3. Zleceniodawca ma prawo do złożenia skargi w terminie 14 dni od otrzymania sprawozdania z badań.

4. Laboratorium gwarantuje zapewnienie poufności badań i ochrony interesów zleceniodawcy. W przypadku, gdy uzyskane wyniki wskazują na wystąpienie zagrożenia zdrowia, Laboratorium ma prawo odstąpić od zachowania poufności oraz ma obowiązek powiadomić właściwe organy.

5. Termin wykonania badań wynika ze stosowanej metodyki. Laboratorium wystawia sprawozdanie z badań w ciągu 1 dnia po zakończeniu badania.

6. Koszt realizacji zlecenia – wg cennika.

7. Badanie i jego wynik ma zastosowanie w obszarze regulowanym prawnie.

Oświadczenie-RODO

Zapoznałem(am) się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej zasad przetwarzania danych osobowych przez Łódzkiego Wojewódzkiego Lekarza Weterynarii w Łodzi, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
PODPIS
ZLECENIODAWCY

.....
PODPIS
UPOWAŻNIONEGO PRACOWNIKA
DO ODBIORU PRÓBEK

* niepotrzebne skreślić

**/ rodzaj próbek zaznaczyć literą (T), (M), (K), (D) lub (N) wpisać rodzaj próbek