

Data

Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Wieluniu
98-300 Wieluń ul. POW 14

ZLECENIE

badania laboratoryjnego z zakresu diagnostyki medycznej w Laboratorium Badań Epidemiologicznych

Nazwisko i imię..... K* M*

data urodzenia PESEL

Adres..... tel. kontaktowy.....

Rodzaj materiału* krew surowica kał wymaz z odbytu

Dane kliniczne pacjenta:

1. rozpoznanie
2. antybiotykoterapia* nie tak (jakie).....

Rodzaj/kierunek badania.....

Materiał pobrany od* zdrowego chorego osoby ze styczności

Data i godzina pobrania próbek:

1.
2. które badanie
3.

Próbki pobrał* zleceniodawca osoba badana zgodnie z **IR/L/LEp-12**

.....
imię i nazwisko osoby pobierającej materiał

Data i godzina dostarczenia próbek.....

Stan próbki* bez uwag z uwagami.....

Uzgodnienie warunków badań:

1. Metody badań*
 zgodnie z ofertą badań/pomiarów na rok
 zgodnie z metodyką.....
2. Wykorzystanie wyników badania* dla potrzeb własnych dla potrzeb urzędowych
3. Forma przekazania/odbioru sprawozdania z badań*
 osobiście
 osoba upoważniona do odbioru badania(po okazaniu stosownego upoważnienia).....
4. Forma płatności* gotówką w kasie PSSE przelewem
Zleceniodawca upoważnia zleceniobiorcę do wystawienia faktury VAT bez podpisu.
Cena badania/pomiarów skalkulowana będzie na podstawie cennika obowiązującego w PSSE na dzień zawarcia umowy.
Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z cennikiem i akceptuję sposób rozliczenia ceny badania/pomiarów.

Uwagi:

1. Informacje dotyczące zlecenia uzyskane w trakcie realizacji zlecenia posiadają klauzulę poufności.
2. Laboratorium ma obowiązek zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych właściwemu organowi kontroli, zgodnie ustawą z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.)
3. Klient ma prawo do reklamacji w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania sprawozdania.
4. Dane osobowe klienta są gromadzone i przetwarzane wyłącznie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zlecenia (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych; t.j. Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Istnieje prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawiania.

* Właściwie zakreślić

.....
podpis przyjmującego zlecenie (czytelny)

.....
podpis zleceniodawcy (czytelny)
placówka zlecająca badanie
imię i nazwisko lekarza zlecającego badanie