|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dotyczy umowy / zlecenia na wykonanie badań nr:**  *(wypełnia Laboratorium)* | | |  | | |
| **Informacje podawane przez Klienta** | | | | | |
| Próbki pobrał  *(zaznaczyć właściwe)*: | | Zleceniodawca  Przedstawiciel Zleceniodawcy  Właściciel | | | |
| Zleceniodawca  *(imię i nazwisko / nazwa, adres)* | | | Właściciel próbki/ek  *(imię i nazwisko / nazwa, adres -wypełnić, gdy jest inny niż zleceniodawca)* | Płatnik / NIP  *Imię i nazwisko / nazwa, adres* | |
| *Poniższą tabelę powielić stosownie do rodzaju przekazywanych próbek* | | | | | |
| Lp. | Rodzaj odbieranej próbki | | Warunki transportu próbek | | Weryfikacja dostarczonej próbki  *(wypełnia Laboratorium)* |
|  |  | | Warunki chłodnicze:  NIE  TAK *(podać zakres temperatury)* | | bez zastrzeżeń  próbka nie spełnia  kryteriów przyjęcia  wynik pomiaru temperatury  *(jeśli dotyczy)*:  …………………………… |
| Przekazana dokumentacja | | | | | |
| Umowa / zlecenie na wykonanie badań  Załącznik do umowy / zlecenia na wykonanie badań  inne: | | | | | |
| Miejsce odbioru próbek (adres): | | | | | |
| Odległość w kilometrach od siedziby Laboratorium (ul. Połczyńska 72, 75 – 816 Koszalin) do miejsca odbioru próbek liczona w obie strony: | | | | | |
| Dane osoby do kontaktu w sprawie odbioru próbek / nr tel.: | | | | | |
| 1. Laboratorium nie pobiera próbek.  2. Laboratorium odbiera wyłącznie odpowiednio opakowane i oznakowane próbki wraz z dokumentacją zlecenia badań. Zleceniodawca deklaruje, że przekazuje próbki zgodne z wymaganiami.  3.Odbiór próbek nie dotyczy zwłok zwierząt.  4. Odbiór próbek realizowany jest w dni robocze, w godzinach pracy Laboratorium, po wcześniejszych uzgodnieniach z kierownictwem pracowni.  5. Za odbiór i transport próbek do Laboratorium naliczana jest opłata zgodnie z cennikiem badań dostępnym na stronie www.zhwkoszalin.pl. Koszt dojazdu w obie strony po odbiór próbek jest rozliczany według stawek za 1 km przebiegu pojazdu zgodnie z aktualnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury.  Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z informacją dotyczącą ochrony danych, w tym danych osobowych, stosowaną w Wojewódzkim Inspektoracie Weterynarii w Szczecinie. Konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub nie zawarcie Umowy / zlecenia na wykonanie badań.  Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Inspektorat Weterynarii w Szczecinie, Zakład Higieny Weterynaryjnej w Szczecinie Oddział w Koszalinie.  **Podpis Zleceniodawcy:** ……………………………………………………………………………. | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data i czytelny podpis osoby przekazującej próbki | Data i podpis osoby odbierającej próbki | Data, godzina i podpis osoby przyjmującej próbki w Laboratorium |
|  |  |  |