|  |  |
| --- | --- |
| *Wojewódzki Inspektorat Weterynarii w Zielonej Górze****Zakład Higieny Weterynaryjnej******ul. Bohaterów Warszawy 4; 66-400 Gorzów Wlkp.****e-mail:****gorzowwlkp.zhw@wet.zgora.pl******tel.: 95/720 42 63;******Pracownia Badań Serologicznych******ul. Browarna 6; 65-849 Zielona Góra****e-mail:****zielonagora.zhw@wet.zgora.pl******tel. 68/453 73 61***  | ***ZLECENIE DO BADAŃ LABORATORYJNYCH*** **„Krajowe programy zwalczania** **niektórych serotypów *Salmonella”***  |
| **Zleceniodawca**(nazwa, adres, telefon) | **Właściciel**(nazwa, adres, telefon) | **Płatnik**(nazwa, adres, NIP, telefon) |
|  |  | **NIP/PESEL:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badania\*)** | [ ]  usługowe;  urzędowe: [ ]  monitoringowe [ ]  rutynowe [ ]  potwierdzające [ ]  z podejrzenia |
| **Cel badania** | zastosowanie wyniku w obszarze regulowanym prawnie  – *Krajowy program zwalczania niektórych serotypów Salmonella (KPZS) - realizacja Rozporządzenia WE nr 2160/2003* |
| **Plan pobierania próbek**\*) | [ ]  próbka pobrana zgodnie z planem (wpisać jaki)………………………….……………………………….………………… |
| **Procedura pobierania próbek**\*) |  [ ]  kury hodowlane -*Rozporządzenie Komisji (WE) nr 200/2010 z dn. 10 marca 2010 r.*[ ]  kury nioski - *Rozporządzenie Komisji (WE) nr 517/2011 z dn. 25 maja 2011 r.*[ ]  kury brojler - *Rozporządzenie Komisji (WE) nr 200/2012 z dn. 8 marca 2012 r.*[ ]  indyki rzeźne - *Rozporządzenie Komisji (WE) nr1190/2012 z dn. 12 grudnia 2012 r.*[ ]  indyki hodowlane - *Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1190/2012 z dn. 12 grudnia 2012r.* |
| **Metoda** | PN-EN ISO 6579-1:2017-04+A1:2020-09, Schemat White’a - Kauffmanna - Le Minora (metoda akredytowana) |
| **Data, godzina pobrania próbek**  |  |
| **Nr protokołu pobrania** |  |
| **Imię, nazwisko pobierającego** |  |
| **Rodzaj miejsca pobrania/WNI/Powiat** |  |
| **Adresaci sprawozdania z badań\*)** | [ ]  zleceniodawca [ ]  właściciel [ ]  inny: ………………………………………… |
| **Forma przekazania sprawozdania\*)** | [ ]  listownie [ ]  odbiór własny [ ]  elektronicznie  e-mail………..……………………………………. |
| **Forma płatności\*)** | [ ]  przelew *(płatność 14 dni)* [ ]  karta płatnicza [ ]  budżet centralny |

1. ZHW posiada akredytację **PCA Nr AB 594**. Aktualny zakres akredytacji dostępny na stronie [www.pca.gov.pl](http://www.pca.gov.pl) oraz [www.zgora.wiw.gov.pl](http://www.zgora.wiw.gov.pl).
2. Wykaz metod nieakredytowanych oraz cennik dostępny jest na stronie [internetowej](http://www.wet.zgora.pl) [www.zgora.wiw.gov.pl](http://www.wet.zgora.pl) oraz u Kierownika Pracowni.
3. Klient oświadcza, że zapoznał się z cennikiem badań laboratoryjnych i akceptuje go jako integralną część niniejszej umowy.
4. Za prawidłowe pobranie i dostarczenie próbek do badania odpowiada zleceniodawca.
5. Klientowi przysługuje prawo do złożenia skargi na działalność ZHW do Lubuskiego Wojewódzkiego Lekarza Weterynarii w ciągu 14 dni od otrzymania Sprawozdania z badań. Opis procesu „Postepowanie ze skargami” dostępny na życzenie Klienta w ZHW.
6. Klient ma prawo uczestnictwa w badaniach własnych jako obserwator, spełniając wymagania ZHW.
7. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania zasad poufności i praw własności Klienta z wyjątkiem sytuacji, gdy występuje bezpośrednie zagrożenie zdrowia, życia ludzi lub względy epizootyczne. Zleceniobiorca powiadamia w takich przypadkach właściwe do tych spraw organy nadzoru zgodnie z obowiązującym prawem.
8. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się zgodnie z „Klauzulą informacyjną” dostępną na stronie [[www.zgora.wiw.gov.pl](http://www.wet.zgora.pl)](http://www.wet.zgora.pl) w zakładce RODO oraz w ZHW.
9. Pozostałości próbek po badaniach nie podlegają zwrotowi i pozostają w dyspozycji ZHW.
10. ZHW może odstąpić od realizacji całości lub części zlecenia w sytuacji, gdy stan dostarczonej próbki nie jest zgodny z kryteriami przyjęcia i oceny próbki
 w pracowni. O fakcie odstąpienia od badań informowany jest Klient.
11. Wszelkie zmiany do zlecenia wymagają formy pisemnej.
12. Wynik badania jest nieprzydatny do oceny w obszarze regulowanym prawnie, jeżeli badanie wykonywane jest metodą inną niż wskazuje przepis prawny.
13. Podpis zleceniodawcy lub jego przedstawiciela stanowi akceptację wybranych metod badawczych stosowanych w ZHW i potwierdza zapoznanie się
z informacjami zawartymi w zleceniu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **1** | **2** | **3** |
| **Kurnik /Identyfikator stada**  |  |  |  |
| **Rodzaj próbki zbiorczej\*)** | [ ]  kał próbka zbiorcza okładziny: [ ]  1 para[ ]  2 pary (1 pr. zbiorcza) [ ]  5 par (2 pr. zbiorcze)[ ]  kurz[ ]  wymazy zawierające kurz[ ]  martwe ptaki[ ]  wyściółka/mekonium/[ ]  wymazy czystościowe – skuteczność odkażania  | [ ]  kał próbka zbiorcza okładziny: [ ]  1 para[ ]  2 pary (1 pr. zbiorcza) [ ]  5 par (2 pr. zbiorcze)[ ]  kurz[ ]  wymazy zawierające kurz[ ]  martwe ptaki[ ]  wyściółka/mekonium/ [ ]  wymazy czystościowe – skuteczność odkażania  | [ ]  kał próbka zbiorczaokładziny: [ ]  1 para[ ]  2 pary (1 pr. zbiorcza)[ ]  5 par (2 pr. zbiorcze)[ ]  kurz[ ]  wymazy zawierające kurz[ ]  martwe ptaki[ ]  wyściółka/mekonium/ [ ]  wymazy czystościowe – skuteczność odkażania |
| **Masa / liczba próbek**  | …….… g / …….. szt. | …….… g / …….. szt. | …….… g / …….. szt. |
| **Rodzaj opakowania próbki\*)** | [ ] sterylne (jednorazowe)[ ] woreczek foliowy[ ] inne …………….. | [ ] sterylne (jednorazowe)[ ] woreczek foliowy[ ] inne …………….. | [ ] sterylne (jednorazowe)[ ] woreczek foliowy[ ] inne …………….. |
| **Wiek** |  |  |  |
| **Użytkowość\*)** *(jeśli dotyczy)* | [ ] mięsna [ ] nieśna | [ ] mięsna [ ] nieśna | [ ] mięsna [ ] nieśna |
| **Liczba ptaków w stadzie (szt.)** |  |  |  |
| **System chowu stada\*)** | [ ] klatkowy; [ ] ściółkowy;[ ] wybiegowy; [ ]  inny:………………………. | [ ] klatkowy; [ ] ściółkowy;[ ] wybiegowy; [ ]  inny:………………………. | [ ] klatkowy; [ ] ściółkowy;[ ] wybiegowy; [ ]  inny:………………………. |
| **Data likwidacji stada***(jeśli dotyczy):* |  |  |  |
| **Stosowanie szczepień\*)** | [ ] tak [ ] nie | [ ] tak [ ] nie | [ ] tak [ ] nie |
| **Rodzaj szczepionki\*) /** **Data ostatniego szczepienia** | [ ] inaktywowana [ ] żywaData:…………..…………….. | [ ] inaktywowana [ ] żywaData:…………..…………….. | [ ] inaktywowana [ ] żywaData:………………………….. |
| **Antybiotykoterapia\*)** | [ ] tak [ ] nie | [ ] tak [ ] nie | [ ] tak [ ] nie |
| **Nazwa antybiotyku /** **Data jego zastosowania**  |  |  |  |
| **Okres karencji antybiotyku****do dnia**  |  |  |  |
| **Nr próbki w punkcie przyjęć** |  |  |  |
| **Nr próbki w pracowni** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Przeglądu zlecenia i oceny próbek w punkcie przyjęć dokonał* *(data, godzina, podpis)* | *Przyjęcia próbki i oceny jej stanu w pracowni dokonał* *(data, godzina, podpis)* | ***Czytelny podpis zleceniodawcy******lub jego przedstawiciela***  |
|  |  |  |
| …. °C (temperatura próbki w trakcie przyjęcia)[ ] Stan próbki zgodny z kryteriami przyjęcia[ ] Stan próbki niezgodny z kryteriami przyjęciaUwagi ………………………………………… | [ ] Stan próbki zgodny z kryteriami przyjęcia[ ] Stan próbki niezgodny z kryteriami przyjęciaUwagi ………………………………………… |