|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Wojewódzki Inspektorat Weterynarii w Zielonej Górze*  ***Zakład Higieny Weterynaryjnej***  ***ul. Bohaterów Warszawy 4; 66-400 Gorzów Wlkp.***  *e-mail:*[***gorzowwlkp.zhw@wet.zgora.pl***](mailto: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***](mailto: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 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 |
| **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 żywa  Data:…………..…………….. | inaktywowana żywa  Data:…………..…………….. | inaktywowana żywa  Data:………………………….. |
| **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 przyjęcia  Uwagi ………………………………………… | Stan próbki zgodny z kryteriami przyjęcia  Stan próbki niezgodny z kryteriami przyjęcia  Uwagi ………………………………………… |