Gdańsk, dnia……

Zlecenie Jednorazowe Nr: SE.L-56.9052.……..

Zlecający badanie**: pacjent indywidualny, pieczątka jednostki zlecającej
(adres , telefon, NIP, REGON)

KRS/EWD …….……..…….

W przypadku SPÓŁKI CYWILNEJ: Imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania wspólników spółki

…….……..…….

Dane kontaktowe lekarza *[w przypadku badań w kierunku wirusa grypy]:* …….…….…….……....

Dane pacjenta:

Nazwisko*: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Imię*: | | | | | | | | | | | | Data urodzenia: | | | | | | | | |

rok *miesiąc* *dzień*

Płeć: K/M ** PESEL***:……..……..……..……

Adres zamieszkania: …….…….....……....……

……..……..…… Telefon kontaktowy: ……..…….

Przyjmowane leki (antybiotyki, chemioterapeutyki, antywirusowe, antygrypowe, inne):

……...……

(w ciągu ostatnich 7 dni)

Dodatkowe dane:
W przypadku badań w kierunku nosicielstwa pałeczek *Salmonella, Shigella*/zatruć pokarmowych/schorzeń jelitowych
Kategoria osoby badanej: ~~*zdrowy / chory / ozdrowieniec / nosiciel / osoba z otoczenia*~~**
Objawy (w przypadku osoby chorej): ~~*gorączka / wymioty / wysypka / biegunka: wodnista, śluzowa, krwawa, inne*~~**
……..……..……..……
……..……..……..…… Data wystąpienia: ……...…..

Próbka *[wypełnia osoba pobierająca]*:
Rodzaj: *płyn mózgowo-rdzeniowy, wymaz z gardła, wymaz z nosa, inne*** ……..…
Data i godzina pobrania: …….……
Osoba pobierająca: osoba badana, inne** ……

Temperatura przechowywania i transportu** temp. chłodni, temp. pokojowa

Data i godzina przyjęcia *[wypełnia przedstawiciel laboratorium]*: ……...……

Rodzaj badania (kierunek)	Cena brutto	Próbka

Metodyki stosowane w Laboratorium Diagnostyki Medycznej *[wypełnia przedstawiciel laboratorium]*:
…….……..

Termin wykonania badania *[wypełnia przedstawiciel laboratorium]*: …….

Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty za badanie: *gotówką / przelewem***** (w ciągu 14 dni od daty wystawienia faktury).
W przypadku przelewu nr rachunku bankowego WSSE zostanie wskazany na fakturze.

W przypadku nieterminowej zapłaty Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Gdańsku zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych.

Zleceniodawca upoważnia Zleceniobiorcę do wystawienia faktury bez podpisu.

Sposób odbioru sprawozdania z badania: *osobiście, przez osobę z placówki zlecającej badanie, w uzasadnionych przypadkach pocztą***.

Laboratorium zapewnia poufność badań, nie podaje częściowych wyników badań.
Jeśli uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, powiadomiony zostanie właściwy Państwowy Powiatowy (Graniczny) Inspektor Sanitarny.
W ciągu 14 dni od otrzymania sprawozdania z badań klient ma prawo do złożenia reklamacji/skargi.
Zleceniodawca zapoznał się z warunkami świadczenia usługi i z aktualną ofertą badań wykonywanych w Laboratorium, która jest dostępna w siedzibie Laboratorium lub na stronie internetowej www.wsse.gda.pl.

Uwagi: ……..

..... …….....

podpis przedstawiciela laboratorium
(osoby przyjmującej zlecenie)

podpis zleceniodawcy lub osoby upoważnionej
czytelnie imię i nazwisko, imienna pieczątka
potwierdzenie zapoznania się z instrukcją
pobierania i sposobu dostarczenia materiału

* wypełnić literami drukowanymi ** niepotrzebne skreślić/zastosować właściwe
*** w przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL – nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość