

ZLECENIE

ZLECENIODAWCA

.....
.....
.....

(nazwisko i imię, adres/ Nazwa podmiotu, siedziba ,adres - pieczęć zakładu)

KRS/EWD

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

.....

PESEL/NIP.....

Osoba do kontaktu.....

telefon/mail.....

ZLECENIOBIORCA

Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Gdańsku, ul. Dębinki 4, 80-211 Gdańsk

NIP : 957-04-72-806

Zleceniodawca zleca wykonanie testów specjalistycznych w zakresie ~~radiografii ogólnej~~ /stomatologii/ fluoroskopii/ ~~mammografii~~* niżej wymienionych urządzeń radiologicznych

.....
.....
.....

(nazwa, typ aparatu rtg. wywoływarki, negatoskopu)

Osoba upoważniona do obsługi aparatu rtg i udzielania wyjaśnień w trakcie badania:

.....

(imię , nazwisko, stanowisko)

W czasie badania będzie obecny przedstawiciel serwisu technicznego: tak/nie*

Metoda badawcza: Procedura badawcza PB_77 „ Testy specjalistyczne - radiografia ogólna”

edycja 7 z 2016-06-21.; Procedura badawcza PB_78 „ Testy specjalistyczne - fluoroskopia”

edycja 5 z 2016-06-27.

Uzgodniona cena za badanie:+23 % VAT.

Zleceniodawca zobowiązuje się do zapłaty za badania: gotówką / przelewem*

W przypadku przelewu nr rachunku bankowego WSSE zostanie wskazany na fakturze.

Sposób odbioru sprawozdania z badania – po opłaceniu faktury: osobiście / pocztą na adres*

.....

(adres)

Zgoda na wykorzystanie wyników do celów naukowych: tak/nie *

Zleceniodawca oświadcza, że :

1. zakres testów został uzgodniony ze Zleceniobiorcą;
2. urządzenia radiologiczne będą kontrolowane w zakresie parametrów wykorzystywanych klinicznie określonych przez Zleceniodawcę w załączniku do zlecenia;
3. wyraża zgodę na płatność za wykonane badania w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury;
4. zapoznał się z metodami badawczymi stosowanymi przez Zleceniobiorcę i wyraża zgodę na wykonanie badań ww. metodami.

Zleceniodawca oświadcza, że został poinformowany przez Zleceniobiorcę iż:

1. w przypadku nieterminowej zapłaty Zleceniobiorca zastrzega sobie możliwość naliczenia odsetek ustawowych za opóźnienie lub w przypadku osób prawnych czy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, odsetek ustawowych za opóźnienie w transakcjach handlowych;
2. zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Pomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny z siedzibą w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gdańsku (80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4). Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zleconych badań. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Zebrane dane osobowe zostały przez Panią/Pana podane dobrowolnie;
3. badania wykonane wg Procedur Badawczych mogą stwarzać ograniczenia w obszarach regulowanych prawnie;
4. w przypadku gdyby uzyskane wyniki wskazywałyby na zagrożenie zdrowia publicznego, powiadomiony zostanie właściwy Państwowy Inspektor Sanitarny;
5. ma prawo wnieść skargę w ciągu 14 dni od otrzymania sprawozdania z badań;
6. Laboratorium zapewnia poufność badań i nie podaje częściowych wyników badań;
7. w przypadku konieczności udziału w badaniach przedstawiciela serwisu technicznego koszty wezwania i udziału serwisu są pokrywane przez Zleceniodawcę.

Zleceniodawca zobowiązuje się do udostępnienia danych technicznych urządzeń radiologicznych, niezbędnych do prawidłowego wykonania badania.

Zleceniodawca, w związku z przedmiotowym zleceniem, oświadcza, że jest:

- Osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą
- Państwową jednostką budżetową
- Innym podmiotem (np. spółką)

.....
(miejsowość, data)

.....
podpis zleceniodawcy lub osoby upoważnionej
(upoważnienie w załączeniu)
czytelnie imię i nazwisko, imienna pieczęć

Załączniki do zlecenia

~~radiografia ogólna – Zakres testów eksploatacyjnych specjalistycznych~~

~~stomatologia – Dane aparatu stomatologicznego do zdjęć wewnątrzustnych~~

~~fluoroskopia - Zakres testów eksploatacyjnych specjalistycznych~~

~~mammografia – Zakres testów eksploatacyjnych specjalistycznych~~

Zakres testów specjalistycznych*Fluoroskopia***Aparat rtg**

.....

Pracownia rtg

.....

Zakres zgody na udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych wydanej przez PPWIS dnia/zakres wniosku o wydanie zgody na udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu badań rentgenodiagnostycznych:

1.
2.
3.
4.
5.

wypisać rodzaj badań rentgenodiagnostycznych wykonywanych w/w aparatem rtg

Warunki ekspozycji rtg stosowane w trakcie wykonywania badań wymienionych w zgodzie

	Zakres /wartość	Uwagi
Tryb GRAFII		
Wysokie napięcie	[kV]	
Natężenie prądu anodowego	[mA]	
Obciążenie prądowo-czasowe	[mAs]	
Czas ekspozycji	[ms]	

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNA W GDAŃSKU 80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4 DZIAŁ LABORATORYJNY - LABORATORIUM BADAŃ HIGIENY ŚRODOWISKA -PRACOWNIA BADAŃ RADIACYJNYCH
--

Wielkości ognisk	duże		
	małe		
Dane kratki przeciwrozproszeniowej	stół		
	statyw		
System AEC – poziom zaczerzenie dla standardowego pacjenta zakres wysokiego napięcia	stół		
	statyw		
Dane stosowanych ekranów wzmacniających (producent, wzmocnienie)			
Rodzaj kaset/filmów rtg			
Proces wywoływania	Protokół optymalizacji (data, dane serwisu)		
	gęstość minimalna		
	wskaźnik światłoczułości		
	wskaźnik kontrastowości		
Dane negatoskopów (producent, nr fabryczny, wartość luminacji)			

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNA W GDAŃSKU 80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4 DZIAŁ LABORATORYJNY - LABORATORIUM BADAŃ HIGIENY ŚRODOWISKA -PRACOWNIA BADAŃ RADIACYJNYCH
--

Tryb SKOPII		
Wysokie napięcie		[kV]
Natężenie prądu anodowego		[mA]
Wielkości ognisk	duże	
	małe	
Dane kratki przeciwrozproszeniowej		
Wzmacniacz obrazu	średnica	[cm]
	dostępne pola widzenia	[cm]
		[cm]
		[cm]
Zegar	przerwanie ekspozycji pominutach	
	ostrzegawczy sygnał nasekund przed przerwaniem ekspozycji	

Sporządził:.....

data i podpis przedstawiciela pracowni rtg