

**DANE ZLECAJĄCEGO**

IMIE I NAZWISKO: .....

E-MAIL: .....

TELFON: .....

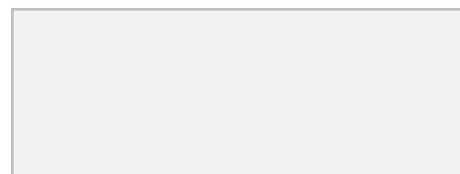
**NAZWA I ADRES INSTYTUCJI OBJĘTEJ BADANIEM SKUTECZONŚCI STERYLIZACJI:**.....  
.....**ZLECENIE NA BADANIA LABORATORYJNE TESTÓW KONTROLI STERYLIZACJI**

rodzaj sporotestu .....

data kontroli urządzenia sterylizującego .....

lokalizacja urządzenia sterylizującego .....

typ i numer urządzenia sterylizującego .....



MIESCIE NA KOD KRESKOWY

**WARUNKI STERYLIZACJI**

TEMPERATURA °C	CIŚNIENIE (ATM LUB BAR)	CZAS TRWANIA (MIN)

**ROZMIESZCZENIE TESTÓW**

LP.	TEST	LOKALIZACJA TESTU
1.	NR 1	
2.	NR 2	
3.	NR 3	
4.	NR 4	
5.	NR 5	

RODZAJ WSADU .....

NAZWISKO I IMIĘ OSOBY PRZEPROWADZAJĄCEJ STERYLIZACJĘ .....

STANOWISKO SŁUŻBOWE .....

Numer klienta/ numer próbki/ kod próbki

**ChZZ** ...../ ...../ ...../ 20.....**PODPIS LUB/I PIECZĄTKA KLIENTA** .....

Uwagi pracownika przyjmującego próbkę .....

Data i godzina dostarczenia próbek do laboratorium .....

Podpis pracownika przyjmującego próbkę .....