**ZLECENIE BADANIA – ODPAD**

**NR ………………………. Z DNIA …….………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zleceniodawca**  *(dane teleadresowe, NIP)* | | | | | | | ***Rodzaj badanych próbek\**** | | | | | ***Termin realizacji zlecenia\**** | | | | | | |
| **Odpad o kodzie:** | | | | | Standard  do 15 dni roboczych | | | | | |  |
| ***Wymagania Klienta\**** | | | | | ***Podstawa realizacji:\**** | | | | ***Odbiór wyników\**** | | | | ***Odbiór próbki po badaniach\**** | | | | | |
| Akredytacja dla wszystkich badań | | | |  | Zlecenie jednorazowe | | |  | Poczta tradycyjna | | | |  | *Zwrot do Zleceniodawcy* | | | | |
| Ocena wyników z kryteriami | | | |  | Zlecenie stałe | | |  | Osobiście | | | |  | poczta | |  | osobiście |  |
| Podać niepewność pomiaru | | | |  | Umowa | | |  | Fax. nr | | | |  | Do dyspozycji Laboratorium | | | |  |
| Nr akredytacji  podwykonawcy | |  | | | Oferta nr: | | |  | Poczta elektroniczna mail: | | | |  |
| ***Opis miejsca pobierania / ilość próbek*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(podać dokładne dane)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Cel badania*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Parametr\**** | | | ***Zakres*** | | | ***Dokument odniesienia*** | | | | ***Inne (wpisać poniżej)#*** | | | | | ***Uwagi*** | | | | |
|  | **pH** | | *4,0-10,0* | | | *PN-ISO 12176:2004* | | | |  |  | | | |  | | | | |
|  | **Sucha masa** | | *(6,0-99,9) %* | | | *PN-EN 12880:2004* | | | |  |  | | | |  | | | | |
|  | **Podstawowy test wymywania#** | | | | |  | | | |  |  | | | |  | | | | |
| **Ołów**  **Kadm**  **Nikiel**  **Cynk**  **Miedź**  **Chrom**  **Rtęć**  **Arsen**  **Bar**  **Molibden**  **Chlorków**  **Fluorków**  **Siarczanów**  **Selen**  **Rozpuszczony węgiel organiczny**  **Stałe związki rozpuszczone** | | | | |  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
|  |  | | | |  | | | | |
| **UWAGI DO PRÓBEK** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

***\* - zaznaczyć właściwe; parametry wchodzące w skład zakresu akredytacji o numerze AB 1539***

***# - zaznaczenie lub wpisanie innych parametrów wiąże się z wyrażeniem zgody na wykonanie badań u wybranego podwykonawcy***

- wypełnia Zleceniodawca

**Warunki współpracy:**

* Zlecenie badań powinno być wypełnione starannie i czytelnie. Wszystkie zmiany do zlecenia wprowadzane są w formie pisemnej.
* Zakres badań i metody badawcze wybranych parametrów zostały uzgodnione ze Zleceniodawcą i przez niego zaakceptowane.
* Zleceniodawca wyraża zgodę na wykonanie badań, nie objętych akredytacją nr AB 1539, przez wybranego podwykonawcę.
* W przypadku zlecania wybranych parametrów do podwykonawcy, okres oczekiwania na sprawozdanie z badań może się wydłużyć.
* Klient może uczestniczyć w realizacji swojego zlecenia jako obserwator. Chęć udziału zgłasza się Kierownikowi Laboratorium najpóźniej w dniu przyjęcia zlecenia.
* Zleceniodawca ma prawo do złożenia reklamacji, dotyczącej zleconych badań, w terminie do 14 dni od otrzymania sprawozdania z badań.
* W przypadku próbek pobieranych przez Zleceniodawcę, należy wcześniej skontaktować się z Laboratorium.
* Badania laboratoryjne podlegają Ogólnym Warunkom Świadczenia Usług dostępnych na stronie internetowej www.arques.pl

……………………………………………

(Data i podpis zleceniodawcy)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osoba pobierająca próbki:** | | | |
| Pracownik laboratorium | *(imię i nazwisko próbkobiorcy)* | | *(wg normy)* |
| Zleceniodawca |  | Pracownik podwykonawcy | *(nr akredytacji)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sposób dostarczenia próbek do laboratorium** | | | **Pojemniki** | | | **Dokumenty dodatkowe** | | | | | |
| Pracownik laboratorium |  | | Woreczek foliowy | |  | Protokół pobierania | | (nr protokołu) | | | |
| Zleceniodawca |  | | Pojemnik plastikowy | |  |
| Pracownik podwykonawcy |  | | Pojemnik plastikowy sterylny | |  | Inne: (podać rodzaj) | |  | | | |
| Wiaderko plastikowe | |  | Zlecenie do podwykonawcy | | | | |  |
| **Data pobierania próbek:** | | |  | | **Ilość przyjętych próbek:** | | | | |  | |
| **Oznakowanie pojemnika** | | **Nr próbki z rejestru** | | **Stan przyjęcia** | | | **Warunki transportu** | | **Nr sprawozdania z badań** | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |
| **UWAGI DO PRÓBEK** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

…………………………………………. ……………………………………………… ………………………………………

*Data i godzina przyjęcia / Przyjęcie do realizacji/ Termin realizacji zlecenia*

*podpis osoby przyjmującej próbki podpis osoby upoważnionej do przeglądu zlecenia*

*\* - zaznaczyć właściwe*

- wypełnia Laboratorium

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Koniec zlecenia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_