**ZLECENIE BADANIA – WODA DO SPOŻYCIA**

**NR ………………………. Z DNIA …….………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zleceniodawca** *(dane teleadresowe, NIP)* | ***Rodzaj badanych próbek\**** | ***Termin realizacji zlecenia\**** |
| **Woda do spożycia** |  | Standard do 15 dni roboczych |  |
| *(inny, jaki:)* |  | Ekspres *(tylko dla chemii)*do 5 dni roboczych *(koszt ekspresowej realizacji zlecenia może podlegać wyższej cenie)* |  |
| ***Wymagania Klienta\**** | ***Podstawa realizacji:\**** | ***Przekazanie sprawozdania/faktury \**** | ***Odbiór próbki po badaniach\**** |
| Akredytacja dla wszystkich badań  |  | Zlecenie jednorazowe |  | Poczta tradycyjna |  | *Zwrot do Zleceniodawcy* |
| Wykaz dopuszczalnych wartości wg obowiązującego Rozporządzenia |  | Zlecenie stałe………………………………….. |  | Osobiście |  | poczta |  | osobiście |  |
| Umowa |  | Poczta elektroniczna mail:………………………………………*(Laboratorium zastrzega sobie, iż sprawozdania z badań/ faktura będą przekazywane wyłącznie na adres e-mail podany w niniejszym zleceniu.)* |  | Do dyspozycji Laboratorium |  |
| Podać niepewność pomiaru |  | Oferta nr:………………………………… |  |
| Nr akredytacji podwykonawcy |  | *Przy zwrocie próbki/pojemnika do zleceniodawcy naliczone będą dodatkowe koszty transportu* |
| ***Opis miejsca pobierania / ilość próbek*** |
| *(podać dokładne dane)* |
| ***Cel badania*** |
|  |
| ***Parametr\**** | ***Zakres*** | ***Dokument odniesienia*** | ***Parametr w terenie\**** | ***Zakres*** | ***Dokument odniesienia*** |
|  | **pH** | *4,0-10,0* | *PN-EN ISO 10523:2012* |  | **pH** | *4,0-10,0* | *PN-EN ISO 10523:2012* |
|  | **Chlorki** | *(5,00-1000) mg/l* | *PN-ISO 9297:1994* |  | **Temperatura** | *(5,0-35) oC* | *PN-77/C-04584* |
|  | **Fluorki** | *(0,10-25,0) mg/l*  | *PB-12 ed. 2 z dnia 25.01.2021 r.* |  | **Chlor wolny i ogólny** | *( 0,05-4,50)mg/l* | *PB-15 ed.3 z dn. 25.01.2021r.* |
|  | **Siarczany** | *(10,0-500)mg/l* | *PN-ISO 9280:2002* |  | **Chloraminy** | *( 0,05-4,50)mg/l* | *PB-15 ed.3 z dn. 25.01.2021r.* |
|  | **Azotany** | *(0,44-221) mg/l* | *PN-82/C-04576/08* |  | **Pobieranie próbek do badań chemicznych, fizycznych i mikrobiologicznych** | *PN-ISO 5667-5:2017-10**PN-EN ISO 19458:2007 z wył. p. 4.4.3, 4.4.4.2, 4.4.5, 4.4.6* |
|  | **Azotyny** | *(0,033-32,8) mg/l* | *PN-EN 26777:1999* |
|  | **Jon amonowy** | *(0,06-3,86) mg/l* | *PN-ISO 7150-1:2002* | ***Inne (wpisać poniżej)#*** | ***Uwagi*** |
|  | **Żelazo** | *(0,010-10,0) mg/l* | *PN-ISO 6332:2001+Ap1:2016-06* |  |  |  |
|  | **Mangan** | *(0,010-1,0) mg/l* | *PB-04 ed. 2 z dnia 25.01.2021 r.* |  |  |  |
|  | **Twardość** | *(5-1000) mg/l CaCo3* | *PN-ISO 6059:1999* |  |  |  |
|  | **Przewodność** | *(100-3000) µS/cm* | *PN-EN 27888:1999* |  |  |  |
|  | **Mętność** | *(0,20-40) NTU* | *PN-EN ISO 7027-1:2016-09* |  |  |  |
|  | **Barwa** | *(5,0-70,0) mg/l Pt* | *PN-EN ISO 7887:2012 metoda C* |  |  |  |
|  | **Liczba bakterii z grupy coli** | *PN-EN ISO 9308-1:2014-12+ A1:2017-04* |  |  |  |
|  | **Liczba Escherichia coli** |  |  |  |
|  | **Liczba enterokoków kałowych** | *PN-EN ISO 7899-2:2004* |  |  |  |
|  | **Ogólna liczba mikroorganizmów w 22oC** | *PN-EN ISO 6222:2004* |  |  |  |
|  | **Smak#** |  |  |  |  |  |
|  | **Zapach#** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Inne ustalenia z klientem** |
|  |

***\* - 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](http://www.arques.pl). Klient podpisując zlecenie wyraża na nie zgodę.
* Wypełniając i podpisując zlecenie, Zleceniodawca wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Administratorem danych osobowych jest ARQUES Sp. z o.o.
* Przy stwierdzeniu zgodności wyników z wymaganiami klient decyduje się na jedną z poniższych zasad podejmowania decyzji: zasada prostej akceptacji, bądź zasada akceptacji w oparciu o pasmo ochronne: niebinarna lub binarna - zgodnie z ILAC-G8:09/2019.
* Koszt wysłania sprawozdania/faktury pocztą tradycyjnąwynosi 10,00 zł netto.

……………………………………………

(Data i podpis zleceniodawcy)

|  |
| --- |
| **Osoba pobierająca próbki:** |
| Pracownik laboratorium | *(imię i nazwisko próbkobiorcy)* | *PN-ISO 5667-5:2017-10* |  |
| *PN-EN ISO 19458:2007 z wył. p. 4.4.3, 4.4.4.2, 4.4.5, 4.4.6* |  |
| Zleceniodawca |  | Pracownik podwykonawcy | *(nr akredytacji)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sposób dostarczenia próbek do laboratorium** | **Pojemniki** | **Dokumenty dodatkowe** |
| Pracownik laboratorium |  | Butelka plastikowa |  | Protokół pobierania  |  (nr protokołu) |
| Zleceniodawca  |  | Butelka plastikowa sterylna |  |
| Pracownik podwykonawcy |  | Butelka szklana ciemna / jasna |  | Inne: (podać rodzaj) |  |
| Butelka szklana sterylna |  | 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_