|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZLECENIE BADANIA 5nr: ....................../H/2021/MIK/ ................** *(kolejny numer próby)* | | | | | | **Data** | | |
| **PLAN BADANIA i WYCENA (wypełnia Zleceniobiorca)** | | | | | | | | |
| **Cel badania 1** | *Sprawdzenie zgodności z kryteriami parametrów wody okreśłonych w Rozporządzeniau Min. Zdrowia w sprawie wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi* | | | | | | | |
| **Zakres badania i metody wybrać z tabeli / Metody badawcze** |  | | | | | | | |
| **Materiał badany** | **woda** | | | | | | | |
| **Wycena badania 2** |  | | | | | | | |
| **Punkt pobrania próbki:**  **- kto pobrał**  **- data pobrania**  **- godzina pobrania**  **- punkt pobrania,**  **- miejsce**  **-metoda pobrania** |  | | | | | | | |
| **Stan próbki w chwili przyjęcia/Warunki transportu próbki 8** | Zgodny z kryteriami Instrukcji  Przyjęcia próbki wody **TAK/NIE**  Próbka dostarczona w termotorbie **TAK/NIE** | | | **Data i godzina przyjęcia próbki przez laboratorium** | | | |  |
| **Przewidywana data zakończenia badania** |  | | | **Data i podpis kierownika Bio Laboratorium 4** | | | |  |
| **ZLECENIE BADANIA (wypełnia Zleceniodawca)** | | | | | | | | |
| **Dane Zleceniodawcy /Płatnika** | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko osoby do kontaktu** | |  | **Nazwa Płatnika** | |  | | | |
| **Telefon osoby do kontaktu** | |  | **Adres** | |  | | | |
| **E-mail osoby do kontaktu** | |  | **NIP** | |  | | | |
| **Materiał badany:**  **nazwa, objętość /ilość/ warunki przechowywania** | |  | | | | | | |
| **Wybór opcji raportu** | | □ pojedynczy raport dla każdej próby □ raport zbiorczy | | | | | | |
| **Sposób odbioru sprawozdania z badań** | | □ na wskazany adres e-mail □ osobiscie □ przesyłka Pocztą Polską | | | | | | |
| **Czy ma być przeprowadzone stwierdzenie zgodności z wymaganiami? 3** | | NIE  TAK-określić metodę akceptacji-zgodnie z obowiązujacym ustawodawstwem;  Zasada prostej akceptacji  Zasada oparta o pasmo ochronne;  Inna podana przez Klienta | **Czy uwzględniać niepewność pomiaru przy podowaniu wyników?** | | | | TAK / NIE | |
| Zapłata za wykonanie badania nastąpi przelewem na konto PPNT Gdynia na podstawie FV płatnej w terminie 7 dni od daty wystawienia.7 | | | | | | | | |
| **Uwagi do planu badania i postępowania z materiałem** | |  | **Podpis osoby upowaznionej do zaciągania zobowiązań finansowych6,8** | | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROTOKÓŁ PRZYJĘCIA BADANIA (Wypełnia Zleceniobiorca)** | | |
| **Kierownik badania** | **Osoba przyjmująca zlecenie** | **Podpis kierownika Bio Laboratorium** |
| **Uwagi do materiału badanego** |  | |

1 Bio Laboratorium PPNT zapewnia poufność badań i odpowiada jedynie za poprawność wykonania badania.

2 Wycena badania dotyczy danego zlecenia. Wycena badania jest poufna, zabrania się upowszechniania szczegółów zlecenia osobom trzecim.

3 Organ oceniający może zastosować inną zasadę podejmowania decyzji.

4 Podpis Kierownika Laboratorium pod Zleceniem badania jest jednocześnie datą rozpoczęcia badania.

5 Do realizacji zlecenia stosuje się Regulamin Ogólnych Warunków Świadczenia Usług przez Bio Laboratorium PPNT Gdynia, dostępne pod adresem. <https://ppnt.pl/dzialy-i-projekty/bio-laboratorium/>

6 Podpis Klienta na umowie jest warunkiem rozpoczęcia realizacji usługi.

7 Złożenie reklamacji nie wstrzymuje zapłąty za wykonaną usługę

8. W przypadku pobierania i dostarczania próbki przez Klienta, za jakość, reprezentatywność próbki i ewentualną nieprzydatnosć wyników badań do określonego celu, odpowiada Klient.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wykaz mikrobiologicznych metod badawczych oceny czystości wody** | | |
| **Nazwa oznaczenia** | **Metoda badawcza** | **Metod badawcza wybrana do realizacji (X)** |
| Ogólna liczba kolonii mikroorganizmów agarze odżywczym w temperaturze **22±20C** | Ogólna liczba mikroorganizmów na agarze odżywczym po 68±4h inkubacji w temperaturze 22±20C (grupa A) zgodnie z **PN-EN ISO6222:2004**  Metoda płytkowa posiew wgłębny |  |
| Ogólna liczba kolonii mikroorganizmów na agarze odżywczym w temperaturze **36±20C** | Ogólna liczba mikroorganizmów na agarze odżywczym po 44±4 h inkubacji w temperaturze 36±20C (grupa B) zgodnie z  **PN-EN ISO6222:2004.** Metoda płytkowa posiew wgłębny |  |
| Oznaczanie ilościowe *Escherichia coli* | Liczba *Escherichia coli* na podłożu Colilert-18, tacka Quanti-Tray /2000 po 18h inkubacji w temperaturze 36±20C zgodnie z **PN-EN ISO 9308-2:2014-06.** Metoda najbardziej prawdopodobnej liczby (NPL) |  |
| Liczba bakterii grupy coli | Liczba bakterii z grupy coli (grupa zgodnie z **PN-EN ISO 9308-2:2014-06**. Metoda najbardziej prawdopodobnej liczby (NPL) |  |
| Liczba enterokoków kałowych | Liczba enerokoków kałowych na podłożu Slanetza Bartleya po 44±4 h inkubacji w temperaturze 36±20C zgodnie z **PN-EN ISO 7899:2004**. Metoda filtracji membranowej |  |

**Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych\*:**

a. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Pomorski Park Naukowo Technologiczny Gdynia, Jednostka Budżetowa Gminy Miasta Gdyni (zwana dalej PPNT Gdynia), al. Zwycięstwa 96/98, 81-451 Gdynia, NIP 5862138302, e-mail: biuro@ppnt.gdynia.pl, tel. 58 880 81 50.

b. Dane będą przetwarzane w następujących celach:

* w celach związanych z realizacją niniejszego zlecenia (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);
* w celach rachunkowych i księgowych – na podstawie ustawy z 24 września 1994r. o rachunkowości (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO);
* w celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami, co stanowi prawnie uzasadniony interes Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f) RODO);
* w celu marketingowym polegających na przekazaniu informacji np. o szkoleniach/wydarzeniach i innych aktywnościach Administratora (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO);
* w celu przetwarzania wizerunku (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO).

c. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zależny od celu w jakim zostały zebrane tj. odpowiednio przez okres:

* przez czas realizacji świadczenia, a po jego upływie przez czas uzasadniony interesem Administratora;
* do czasu uwzględnienia sprzeciwu, o którym mowa w pkt h poniżej;
* do czasu upływu terminów przedawnienia potencjalnych roszczeń;
* do czasu odwołania zgody;
* do czasu odwołania zgody.

d. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże bez podania danych nie będzie możliwa realizacja wobec Pani/Pana celu, w jakim dane zostały zebrane (zgodnie z pkt. b).

e. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty współpracujące z Administratorem na podstawie zawartych umów lub porozumień przy wykonywaniu czynności związanych z jego działalnością statutową, tj. podmioty świadczące następujące usługi: informatyczne, prawne i inne usługi pomocnicze lub podmioty publiczne uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

f. Dane nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy lub do organizacji międzynarodowej.

g. Zgromadzone dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

h. Na zasadach określonych przepisami o ochronie danych ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

i. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie Pan/i danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

j. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, tel. 58 880 81 50, e-mail: biuro@ppnt.gdynia.pl.

Podpis Zleceniodawcy:

(akceptacja planu badania, wyceny, klauzuli informacyjnej) 1 ,2 ,3

……………………………………………