**WZÓR WYPENIENIA- wypełniać zgodnie z objaśnieniami formularza**

|  |  |
| --- | --- |
| *Wojewódzki Inspektorat Weterynarii w Zielonej Górze*  ***Zakład Higieny Weterynaryjnej***  ***ul. Bohaterów Warszawy 4, 66-400 Gorzów Wlkp.***  ***tel.: 95/720 42 63***  *e-mail:* ***zhw***[***gorzowwlkp@zgora****.****wi****w****.gov.pl***](mailto:gorzowwlkp@zgora.wiw.gov.pl)  ***Pracownia Badań Serologicznych***  ***ul. Browarna 6, 65-849 Zielona Góra***  *e-mail:* ***zhw***[***zielonagora@.zgora.wiw.gov.pl***](mailto:zielonagora@.zgora.wiw.gov.pl)  ***tel. 68/453 73 61*** | ***ZLECENIE DO BADAŃ LABORATORYJNYCH***  ***W KIERUNKU OBECNOŚCI LARW WŁOŚNI*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zleceniodawca**  (nazwa, adres) | **Właściciel**  (nazwa, adres) | **Płatnik**  (nazwa, adres) |
| **Powiatowy Lekarz Weterynarii**  **w Krośnie Odrzańskim**  **ul. F. Chopina 1**  **66-600 Krosno Odrzańskie**  Tel. : 68 383-51-73 | Wpisać dane myśliwego lub właściciela świni ( imię nazwisko, adres ) | **Porozumienie**  NIP/PESEL: |
|  | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Gatunek** | **Oznaczenie próbki/znacznik/ właściciel** | **Materiał do badania** | **Masa**  **próbki** | **Mrożenie\* (tak/nie)** | **Miejsce pochodzenia zwierzęcia*/***  **powiat** | **Data  pobrania** | **UWAGI** | **Nr próbki**  **Punkt przyjęć/Pracownia** | | **1** | **T** | **Nr próbki nadany przez urzędowego lekarza weterynarii** | **FP** | **…… g** | **NIE** | **np.**  **Barłogi/powiat krośnieński** | **Np.**  **02.01.2024** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **1** | **D** | **Nr znacznika dzika**  **080200000** | **FP, MŻ, MP, MM, MJ, P**  **( wpisać odpowiednio do tego co stanowi próbkę )** | **…. g** | **NIE** | **Wpisać odpowiednio**  **Miejsce odstrzału /powiat krośnieński** | **Np. 10.01.2024r.** | **Wynik badania na ASF**  **UJEMNY** |  | | | |
| ***Umieść dane w tabeli wg poniższych oznaczeń:***  ***Gatunek*** *: świnia domowa : tucznik(T), maciora (M), knur (K); dzik(D), świniodzik (ŚD)**………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………….*  **Materiał do badania** –tkanka mięśniowa: filary przepony w przejściu do części ścięgnistej (FP), mięśnie żuchwowe (MŻ), mięśnie przedramienia (MP), mięśnie międzyżebrowe (MM), mięśnie języka (MJ), część żebrowa/mostkowa przepony (P), inne wycinki mięśni (wymienić jakie): | | |

1. **Nazwisko, imię pobierającego**………..............................................................................................................................
2. **Cel badania:** obszar regulowany prawnie,użytek własny
3. **Procedura pobrania:** zgodnie z Załącznikiem Nr 2 do Rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 21 października 2010 r. w sprawie wymagań weterynaryjnych przy produkcji mięsa przeznaczonego na użytek własny z późn.zm.
4. **Sprawozdanie z badań przekazać do wiadomości:**  zlecającego badanie, właściciela próbek, płatnika
5. **Forma przekazania:** listownie, odbiór własny, e-mail; adres e-mail........................................................................................................
6. **~~Forma płatności:~~** ~~przelew, karta płatnicza~~

1. ZHW posiada akredytację **PCA Nr AB 594**. Aktualny zakres akredytacji dostępny na stronie [www.pca.gov.pl](http://www.pca.gov.pl) oraz [www.zgora.wiw.govpl](http://www.zgora.wiw.govpl).
2. Kryteria przyjęcia próbek dostępne w punktach przyjęć laboratorium i na stronie [internetowej](http://www.wet.zgora.pl) [www.zgora.wiw.gov.pl](http://www.zgora.wiw.gov.pl). w zakładce ZHW, strefa klienta.
3. Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z cennikiem badań laboratoryjnych i akceptuje go jako integralną część niniejszej umowy.
4. Za prawidłowe pobranie, dostarczenie próbek do badania i wiarygodność podanych informacji odpowiada Zleceniodawca.
5. Zleceniodawcy przysługuje prawo do złożenia skargi na działalność ZHW do Lubuskiego Wojewódzkiego Lekarza Weterynarii. ZHW zobowiązuje się do rozpatrzenia skargi w terminie 30 dni od daty wpłynięcia skargi do Lubuskiego Wojewódzkiego Lekarza Weterynarii.
6. Zleceniodawca ma prawo uczestnictwa w badaniach własnych jako obserwator, spełniając wymagania ZHW.
7. ZHW zobowiązuje się do przestrzegania bezstronności i poufności, z wyjątkiem sytuacji, gdy występuje bezpośrednie zagrożenie zdrowia, życia ludzi lub względy epizootyczne. ZHW powiadamia w takich przypadkach właściwe do tych spraw organy nadzoru zgodnie z obowiązującym prawem.
8. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się zgodnie z „Klauzulą informacyjną” dostępną na stronie [www.zgora.wiw.gov.pl](http://www.zgora.wiw.gov.pl) w zakładce RODO oraz

w Punkcie Przyjęć ZHW.

1. Pozostałości próbek po badaniach nie podlegają zwrotowi i pozostają w dyspozycji ZHW.
2. ZHW może odstąpić od realizacji całości lub części zlecenia w sytuacji, gdy stan dostarczonej próbki nie jest zgodny z kryteriami przyjęcia i oceny próbki w pracowni. O fakcie odstąpienia od badań informowany jest Zleceniodawca.
3. Wszelkie zmiany do zlecenia wymagają formy pisemnej.
4. Wynik badania jest nieprzydatny do oceny w obszarze regulowanym prawnie, jeżeli badanie wykonywane jest metodą inną niż wskazuje przepis prawny.
5. Podpis Zleceniodawcy stanowi akceptację wybranych metod badawczych stosowanych w ZHW i potwierdza zapoznanie się z informacjami zawartymi

w zleceniu.

1. Oświadczenie:
   * + - wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania według: PN-EN ISO 18743:2015-11, Instrukcja Głównego Lekarza Weterynarii Nr BP.0200.1.13.2021 z dnia 22 czerwca 2021r. [A],
       - zapoznałem(am) się z kryteriami przyjęcia próbek,
       - zostałem(am) poinformowany(a), że wynik badania będzie dotyczył wyłącznie dostarczonych przeze mnie próbek,
       - próbka pochodzi od dzika u którego nie stwierdzono obecności wirusa ASF (dotyczy dzików ze stref podlegających badaniu)
       - **oświadczam, że do czasu uzyskania wyniku badania mięso nie zostanie wykorzystane do spożycia przez ludzi i zwierzęta.**

Podpis jest potwierdzeniem zapoznania się z powyższymi informacjami.

*Z up. PLW…………..........................................................................*

***Czytelny podpis Zleceniodawcy lub jego przedstawiciela***

***Wypełnia ZHW - punkt przyjęć i personel pracowni***

***Stan próbek w chwili przyjęcia:*** *** bez zastrzeżeń  niezgodny z kryteriami przyjęcia***

***uwagi………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***Przeglądu zlecenia i próbek dokonał w punkcie przyjęć Próbkę(-ki) zweryfikował i odebrał do pracowni***

***………………………………………………………………. …………………………………………………………… Data, godzina, podpis podpis***

właściwe zaznaczyć

\* niepotrzebne skreślić

[A] – metoda akredytowana