



WIORiN  
Warszawa

## Zlecenie na wykonanie badania

strona:

1/2

**NUMER ZLECENIA:**

**NR SPRAWY:**

**ZLECENIODAWCA:**

Imię i Nazwisko/Firma\*:

Adres:

Kontakt tel./fax; e-mail

NIP

**OPIS PRÓBK I METODY BADANIA**

Lp.	Ilość próbek	Rodzaj próbki (nazwa rośliny, produktu roślinnego, przedmiotu)	Wielkość próbki	Rodzaj badania (oznaczenie)	Metodyka badań (zgodnie z aktualną „Listą metod badań Laboratorium Wojewódzkiego”)	Numer laboratoryjny próbki

1. Pobierający próbkę(-ki): Pracownik WIORiN/Zleceniodawca\*
2. Miejsce pobrania próbki(-ek): .....
3. Data pobrania próbki(-ek): .....
4. Pozostałości próbek: do dyspozycji Laboratorium/zwrot do klienta\*



WIORiN  
Warszawa

## Zlecenie na wykonanie badania

strona:

2/2

5. Termin wykonania badania zależy od zastosowanej metody badawczej. Potwierdzeniem wykonania usługi będzie Sprawozdanie z badań wystawione przez Laboratorium Wojewódzkie.

6. Płatność: gotówka/przelew\* (nr konta WIORiN w Warszawie, ul. Żółkiewskiego 17, 05-075 Warszawa-Wesoła 36 1010 1010 0057 9922 3100 0000)

7. Odbiór wyników: zleceniodawca osobiście/osoba upoważniona/pocza na adres\*

.....  
.....

8. Cena badania zgodna z obowiązującym cennikiem

9. Uwagi/informacje dodatkowe .....

### 10. Informacje dodatkowe dla Klienta

Zleceniodawca ma prawo uczestniczyć w badaniach jako obserwator w wyznaczonych obszarach i etapach.

Zleceniodawca ma prawo do złożenia skargi w terminie 14 dni od otrzymania sprawozdania z badań.

Zmiany do zlecenia wymagają formy pisemnej.

Laboratorium zastrzega sobie prawo umieszczania w sprawozdaniu z badań informacji o innych stwierdzonych organizmach nie ujętych w zleceniu.

W przypadkach określonych przepisami prawa w zakresie ochrony roślin, wyniki badań będą przekazywane właściwym komórkom organizacyjnym WIORiN.

Czy klient życzy sobie przedstawienia stwierdzenia zgodności ze specyfikacją lub wymaganiem dla badania: TAK / NIE \*

11. Miejscowość

.....

12. Data i podpis Zleceniodawcy

.....

13. Data przyjęcia próbek do badań

.....

14. Ocena przydatności próbek do badań:

Tak/Nie

15. Podpis pracownika Laboratorium

.....

\* niepotrzebne skreślić



Wypełnia Laboratorium

numer: RB – 02.00.02/F

obowiązuje od: 01.07.2019 r.