

.....  
miejsce, data.....  
ZleceniodawcaLaboratorium Kontroli Jakości Leków  
Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Poznaniu  
Ul. Nowogrodzka 36; 61-048 Poznań**Zlecenie wykonania badania**

Określenie obiektu badań			
Data pobrania / wykonania próby	.....	Ilość przekazana do badań	.....
Metoda badania	<input type="checkbox"/>	wg Farmakopei Polskiej *:	
	.....	.....	
	<input type="checkbox"/>	wg Farmakopei Europejskiej *:	
	.....	.....	
Zakres badań	<input type="checkbox"/>	fizykochemiczne	
	<input type="checkbox"/>	mikrobiologiczne	
	<input type="checkbox"/>	inne.....	
Forma przekazania Orzeczenia o wyniku badań jakościowych	<input type="checkbox"/>	przekazane pocztą	
	<input type="checkbox"/>	odebrane osobiście	
Dodatkowe informacje/uwagi	.....		
	.....		

\* należy wpisać nr edycji i monografię identyfikującą metodę badania

**Dane do rachunku :**

Płatnik	.....
Adres płatnika	.....
NIP	.....

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami zawartymi w załącznikach „Informacje dla Zleceniodawcy” O-02\_000\_006 wyd. 4 z 04.02.2019 r. oraz „Zakres badań wykonywanych w LKJL w Poznaniu” O-02\_000\_007 wyd.4 z 04.02.2019 r.**

.....  
podpis Zleceniodawcy**Informacje o próbie<sup>1</sup> (wypełnia Laboratorium)**.....  
Próbka spełnia wymagania (TAK/NIE) Przyjęto do badań w  PA  PM.....  
data i podpis Kierownika Laboratorium

1) wpisać stan opakowania i próbki, temperatura próbki w chwili przyjęcia (gdy dotyczy)