

.....
miejsowość, 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 *:	
.....			<input type="checkbox"/>
.....			inna
Zakres badań	<input type="checkbox"/>	fizykochemiczne	
	<input type="checkbox"/>	mikrobiologiczne	
	<input type="checkbox"/>	inne.....	
.....			<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. 6 z 12.02.2021 r oraz „Zakres badań wykonywanych w LKJL w Poznaniu” O-02_000_007 wyd.6 z 01.04.2021 r.

.....
podpis Zleceniodawcy**Informacje o próbie¹ (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)