



Ustalenia ogólne:

Numer zlecenia badania (Kod próbki)	
Data i godzina przyjęcia zlecenia	
Dane Klienta **	Nazwa: Imię: Nazwisko: Adres: NIP: Tel. kontaktowy:
Opis próbki	Gatunek rośliny: Objawy: Ilość roślin w próbce lub ilość g nasion w próbce: Nr próbki nadany przez klienta:
Ocena stanu próbki	Stan próbki (dobry / niedobry)*
Osoba przyjmująca zlecenie badania	Imię: Nazwisko: Podpis:
Osoba zlecająca badanie	Imię: Nazwisko: Podpis:

* niepotrzebne skreślić



Ustalenia z Klientem:

Kierunek badania i procedura badawcza (PB):*

PB-01	PB-03	PB-04
Wykrywanie materiału genetycznego wirusa mozaiki ogórka (<i>Cucumber mosaic virus</i> , CMV) metodą RT-PCR * (Wyd. 3 z 08.07.2016)	Wykrywanie materiału genetycznego wirusa mozaiki pepino (<i>Pepino mosaic virus</i> , PepMV) metodą RT-PCR * (Wyd. 2 z 08.07.2016)	Diagnostyka bakterii fitopatogenicznych * (Wyd. 2 z 01.06.2015)

* zaznaczyć X w pustym polu

Uwagi:.....
.....
.....

Zgoda Klienta na przeprowadzenie badań:

Klient został poinformowany i poinstruowany na temat Procedur Badawczych obowiązujących w Klinice Chorób Roślin IOR-PIB w Poznaniu i wyraża zgodę na ich stosowanie.

TAK: NIE:

Obecność Klienta podczas wykonywania analiz: TAK: NIE:

Termin wykonania badań: Koszt badań:

Wyniki przekazać: telefonicznie: pocztą:

Płatność przelewem po otrzymaniu FAKTURY VAT

** Dokument jest wypełniany przez Klienta oraz w przypadku dostarczenia próbki do badań przez osobę niebędącą właścicielem próbki, np. drogą kurierską lub pocztą. Dopuszcza się wypełnianie formularza F-01/PO-01 i dokonywanie wiążących ustaleń z Klientem drogą telefoniczną.

.....
podpis osoby wystawiającej kartę

.....
podpis kierownika Kliniki

Warunki umowy:

1. Klientowi przysługuje prawo do reklamacji w terminie nie przekraczającym 4 tygodni od daty wystawienia sprawozdania z badań
2. Klinika przestrzega zasad poufności i praw klienta.
3. Badana próbka nie podlega zwrotowi.

.....
podpis Zleceniodawcy

.....
podpis Zleceniobiorcy