



ZLECENIE BADANIA

KLINIKA CHOROÓB ROŚLIN

F-01/PO-01
wyd. 8 z dn. 28.10.2019
str. 1/2

Ustalenia ogólne:

Wypełnia KLINIKA

Numer zlecenia badania (kod próbki)	
Data i godzina przyjęcia zlecenia	
Stan próbki (dobry/niedobry)	
Osoba przyjmująca zlecenie badania	

Wypełnia KLIENT

Gatunek rośliny:	
Nr próbki nadany przez klienta (opcjonalnie):	
Objawy:	

Dane KLIENTA **

Nazwa firmy	
Imię	
Nazwisko	
Adres	
NIP	
Telefon kontaktowy	
E-mail	

Ustalenia z Klientem:

Kierunek badania i procedura badawcza (PB):

PB-01	PB-03	PB-04	PB-05
Wykrywanie materiału genetycznego wirusa mozaiki ogórka (Cucumber mosaic virus, CMV) metodą RT-PCR (Wyd. 3 z 08.07.2016) (Metoda akredytowana)	Wykrywanie materiału genetycznego wirusa mozaiki pepino (Pepper mosaic virus, PepMV) metodą RT-PCR (Wyd. 2 z 08.07.2016) (Metoda akredytowana)	Diagnostyka bakterii fitopatogennych (Wyd. 2 z 01.06.2015) (Metoda akredytowana)	Diagnostyka grzybów fitopatogennych (Wyd. 1 z 08.10.2019)

* zaznaczyć X w pustym polu



ZLECENIE BADANIA

KLINIKA CHORÓB ROŚLIN

F-01/PO-01
wyd. 8 z dn. 28.10.2019
str. 2/2

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

Obecność Klienta podczas wykonywania analiz:

Termin wykonania badań:

Koszt badań: zł

Wyniki przekazać:

TAK: NIE:

TAK: NIE:

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 wypełnienie 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. Badana próbka nie podlega zwrotowi.
3. Klinika przestrzega zasad poufności i praw klienta.
4. Klient zapoznał się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych i akceptuje jej treść.

.....
(Data, imię, nazwisko i podpis Zleceniodawcy
lub osoby upoważnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Zleceniodawcy)

.....
podpis Zleceniobiorcy

Wyrażam zgodę na korespondencję za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną) na podany przeze mnie nr telefonu i/lub adres e-mail przez Instytut Ochrony Roślin - Państwowy Instytut Badawczy w Poznaniu, ul. Węgorka 20, w celach niezbędnych do realizacji zleconego badania.

.....
(Podpis Zleceniodawcy lub osoby upoważnionej
do zaciągania zobowiązań w imieniu Zleceniodawcy)

Administratorem Państwa danych osobowych jest Instytut Ochrony Roślin - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Poznaniu przy ul. Węgorka 20, 60-318 Poznań. Państwa dane będą wykorzystane wyłącznie w celu realizacji usługi. Przysługujące Państwu prawa to: prawo dostępu do treści danych, do sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Więcej informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajdziecie Państwo na tablicach informacyjnych w Instytucie lub pod adresem: <https://www.ior.poznan.pl/1241,przetwarzanie-danych-osobowych-kontrahenci-klienci-html>