|  |  |
| --- | --- |
| **WYPEŁNIA KLIENT** | |
| Kierunek i metoda badania oraz rodzaj próbki: |  |
| Badana cecha (parametr): |  |
| Przedmiot badań (matryca): |  |
| Technika badawcza / pomiarowa: |  |
| Norma / procedura badawcza: |  |
| Zakres pomiarowy: |  |
| Inne (czy wymagana jest akredytacja metody?): |  |
| Cel badania (wskazać właściwe): | □ Zastosowanie wyniku badania w obszarze regulowanym  □ Zastosowanie wyniku badania poza obszarem regulowanym  □ Inne |
| Przewidywana liczba próbek i okres współpracy z Laboratorium: |  |
| Orientacyjny termin rozpoczęcia współpracy: |  |
| Dane klienta (nazwa, adres,  nr tel. e-mail): |  |
| **Klauzula informacyjna dla Klienta**  Zgodnie z art. 13 ust. 1, 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) – zwanego dalej RODO **informuję, iż:**  **1. Administratorem** danych osobowych jest **Zachodniopomorski Wojewódzki Lekarz Weterynarii** z siedzibą w Szczecinie, ul. Ostrawicka 2, 71 – 337.  2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych możliwy jest kontakt z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem mailowym: [**iod@wiw.szczecin.pl**](mailto:iod@wiw.szczecin.pl)**.**  3. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia, co oznacza**, że podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości udzielenia odpowiedzi przez Laboratorium na zapytanie.**  4. Każdy ma prawo do dostępu do treści podanych swoich danych osobowych i ich sprostowania, prawo do cofnięcia zgody - bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.  5. Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.  6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany prawem, określony w szczególności na podstawie przepisów  o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.  7. Każdy, którego dane osobowe są przetwarzane ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.  8. Dane osobowe nie będą przekazywane, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.  Więcej informacji o ochronie danych osobowych przetwarzanych w Inspekcji Weterynaryjnej Wojewódzkiego Inspektoratu Weterynarii w Szczecinie znajdziecie Państwo na stronie internetowej: ***bip.wiw.szczecin.pl***.  **Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Inspektorat Weterynarii w Szczecinie Zakład Higieny Weterynaryjnej w Szczecinie Oddział w Koszalinie podczas analizy możliwości wdrożenia nowych metod i kierunków badań w odpowiedzi na zapytanie.**  ……………………………………  **Data, podpis Klienta** | |
| **WYPEŁNIA LABORATORIUM** | |
| Data i podpis osoby przyjmującej zapytanie:  ……………………………………………………………………………………………………………………… | |
| *Poniższych rubryk nie drukować i nie wypełniać w przypadku zapytania dotyczącego metod realizowanych przez Laboratorium w ramach elastycznego zakresu akredytacji.* | |
| **Analiza możliwości wdrożenia metody badawczej** *(wypełnia kierownik pracowni)* | |
|  | |
| **Kalkulacja kosztów** *(wypełnia kierownik pracowni)* | |
|  | |
| **Orientacyjny termin rozpoczęcia badań** *(wypełnia kierownik pracowni)* | |
|  | |
| **Inne informacje** *(wypełnia kierownik pracowni)* | |
| …..…………………………………  Data, podpis kierownika pracowni | |
| **Analiza zapytania pod względem ekonomicznym** *(wypełnia kierownik laboratorium)* | |
| ☐ Niska opłacalność wdrożenia: …………………………………………………………………………………………….  ☐ Wysoka opłacalność wdrożenia: ………………………………………………………………………………………….  ☐ Inne: ………………………………………………………………………………………………………………………….  ☐ Zatwierdzam do realizacji  ☐ Odrzucam z powodu: ………………………………………………………………………………………………………  …..…………………………………  Data, podpis kierownika laboratorium | |
| **Przekazanie informacji zwrotnej do Klienta** | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………….  *(określić w jaki sposób poinformowano Klienta)*  …..…………………………………  Data, podpis | |