|  |  |
| --- | --- |
| *Prosimy o wypełnienie poniższych rubryk*  | **WYPEŁNIA KLIENT** |
| Dane klienta (nazwa, adres): |  |
| Kierunek i metoda badania oraz rodzaj próbki:  |  |
| Badana cecha (parametr): |  |
| Przedmiot badań (matryca): |  |
| Technika badawcza / pomiarowa: |  |
| Norma / procedura badawcza: |  |
| Zakres pomiarowy: |  |
| Inne (np. czy wymagana jest akredytacja metody?): |  |
| Cel badania (*proszę 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: |  |
| Sposób przekazania informacji zwrotnej *(proszę zaznaczyć właściwe)*: | □ e-Doręczenia□ ePUAP□ adres e-mail: …………………………………………………………□ poczta |
| **Obowiązek informacyjny Administratora**Administratorem Państwa danych osobowych jest **Zachodniopomorski Wojewódzki Lekarz Weterynarii (ZWLW)**. Jego siedziba znajduje się w Szczecinie, przy ul. Ostrawickiej 2.Z ZWLW można się kontaktować:1. listownie: ul. Ostrawicka 2,  71-337 Szczecin;
2. telefonicznie 91 48 98 200.

Możecie się Państwo kontaktować z Inspektorem ochrony danych pod adresem email: iod@wiw.szczecin.pl.Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe aby odpowiedzieć na zapytanie. Później dane będą przechowywane w celach archiwalnych, ponieważ jesteśmy do tego zobowiązani przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.Podstawę prawną przetwarzania Państwa danych stanowi:1. zgoda na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO);
2. przepisy prawa z ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, przepisy prawa o archiwizacji dokumentów (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Bez nich nie możemy udzielić odpowiedzi. W przypadku podania danych tj. adres email i nr telefonu – podanie danych jest dobrowolne. Państwa dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z chyba, że prawo na to zezwala. Dane mogą być udostępniane tylko tym, którzy pomagają nam w pracy i w świadczeniu usług, na przykład w obsłudze technicznej systemów, w których są przetwarzane. Odbiorcami danych będą Poczta Polska oraz inne firmy, które zajmują się doręczeniami elektronicznymi zgodnie z przepisami prawa.Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe na podstawie przepisów prawa o archiwizacji dokumentów przez okres 5 lat od końca roku, w którym zakończono prowadzone czynności.Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia w przypadkach przewidzianych przepisami prawa oraz ograniczenia przetwarzania, jak również wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie do Prezesa UODO (uodo.gov.pl).Cofnięcie zgody na przetwarzanie danych osobowych możliwe jest w dowolnym momencie oraz w dowolnej formie. Zgodę można wycofać między innymi poprzez kontakt z Oddziałem ZHW w Koszalinie za pośrednictwem poczty e-mail: sekretariat@zhwkoszalin.pl.…………………………………… **Data, podpis Klienta**  |
| **WYPEŁNIA LABORATORIUM** |
| Data i podpis osoby przyjmującej zapytanie: ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| *Poniższych rubryk prosimy nie wypełniać i nie drukować 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  |