**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY   
- ZLECENIE UDZIAŁU W BADANIACH BIEGŁOŚCI -**

1. **Organizator badań biegłości**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Organizatora (nazwa firmy, adres, nr telefonu): | Przedsiębiorstwo Geologiczne Sp. z o.o. ul. Hauke Bosaka 3A, 25-214 Kielce tel.: +48 41 365 10 00, fax:+48 41 365 10 10 |
| Osoba do kontaktu: | Karolina Sójka |
| Nr telefonu: | +48 41 365 10 13, +48 517 856 757 |
| e-mail: | [info@badaniabieglosci.pl](mailto:info@badaniabieglosci.pl) |

1. **Uczestnik badań biegłości**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres firmy/ Laboratorium: |  |
| Dane do kontaktu: |  |
| NIP: |  |
| Nr akredytacji: |  |

1. **Miejsce dostarczenia próbek do badań**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres firmy/ Laboratorium: |  |
| Dane do kontaktu: |  |

1. **Miejsce dostarczenia sprawozdania**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres firmy/ Laboratorium: |  |
| Dane do kontaktu: |  |

**WYBÓR RUNDY DLA PROGRAMU**

**•MICROBIOLOGY•**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Symbol**  **rundy** | **Obiekt badań** | **Badana cecha1)** | **Data realizacji** | **Koszt uczestnictwa netto** | **Potwierdzenie uczestnictwa2)** |
| 1.1/MCB/19 | Woda do spożycia | Oznaczanie liczby *Escherichia coli*□, Oznaczanie liczby bakterii z grupy coli□ | 26-02-2019 r. | 400,00 zł |  |
| 1.2/MCB/19 | Woda do spożycia | Oznaczanie liczby *Escherichia coli*□, Oznaczanie liczby bakterii z grupy coli□ | 09-04-2019 r. | 400,00 zł |  |

1) – Prosimy dokonać wyboru badanej cechy poprzez postawienie znaku **X** w kolumnie „Badana cecha”

2) – Prosimy dokonać wyboru rundy poprzez postawienie znaku **X** w kolumnie „Potwierdzenie uczestnictwa”

Liczba próbkobiorców biorących udział w badaniach biegłości (dotyczy poboru próbek): ………………………

Firma kurierska, z którą mają Państwo podpisaną umowę:

Nazwa firmy - ……………………………………

Nr klienta - ………………………………………..

**W przypadku braku wskazania spedytora obiekty badań biegłości będą wysyłane za pośrednictwem firmy kurierskiej TNT.**

Wszystkie ceny są cenami netto do których należy doliczyć 23% podatku VAT.

Faktury VAT dostarczone zostaną wraz z obiektem badań.

Termin płatności faktury wynosi 14 dni od daty wystawienia.

W przypadku zmiany terminu realizacji wyrażam zgodę na przeniesienie zgłoszenia na nowy termin, bez ponownego wysyłania formularza zgłoszeniowego.

Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z opisem programu i regulaminem oraz akceptuje warunki udziału.

Obiekty badań biegłości dostarczane są na koszt uczestnika.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Zleceniodawca: |
|  |
| Data, podpis uczestnika |