

## Oświadczenie nabywcy szczepów bakteryjnych



Laboratorium Zakładu  
Bakteriologii

Pracownia Diagnostyki  
Bakteryjnych Zakażeń  
Przewodu Pokarmowego

00-791 Warszawa,  
ul. Chocimska 24  
tel. (0 22) 5421263,  
tel./faks (022) 5421307

Proszę podać nazwę i adres laboratorium nabywcy

NIP:  KRS:  REGON:

Osobą odpowiedzialną za nadzór nad szczepami jest:

Proszę podać imię i nazwisko, zajmowane stanowisko, nr telefonu kontaktowego

seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

W związku z zamówieniem na szczepki bakteryjne złożone w Zakładzie Bakteriologii  
NIZP-PZH oświadczamy, że jesteśmy świadomi, iż zakupiony towar:

L.p.	Nazwa szczepów	Numer szczepu	Liczba opakowań
1			
2			
3			
4			
5			
6			

może być używany wyłącznie w laboratorium, przy przestrzeganiu odpowiednich zasad bezpieczeństwa obowiązujących przy manipulacji materiałem zakaźnym.

Świadomi zagrożenia dla zdrowia i życia ludzkiego, ponosimy pełną odpowiedzialność za prawidłowe obchodzenie się z zakupionymi szczepami bakteryjnymi oraz oświadczamy, że nie zostaną one wykorzystane do innych celów niż deklarowane w szczególności nie będą stosowane do kontroli żywności i testów używanych podczas wykonywania diagnostycznych badań próbek materiału klinicznego jak też nie będą przekazywane innym osobom lub instytucjom tak odpłatnie, jak i nieodpłatnie:

proszę podać sposób wykorzystania

Oświadczamy, że posiadamy zdolności organizacyjne oraz technologiczne do bezpiecznej pracy ze szczepami bakteryjnymi.

**Czytelny podpis i pieczęć \***

**Pieczęć firmowa**

Uwaga !!!

\* Oświadczenie powinno być podpisane przez osobę/osoby upoważnione do reprezentowania firmy/instytucji zgodnie z aktualnym rejestrem przedsiębiorców lub Statutu.