**Zgłoszenie do udziału**

**w badaniu biegłości /
porównaniu międzylaboratoryjnym\***

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres organizatora | **Stowarzyszenie Klub Polskich Laboratoriów Badawczych POLLAB****ul. Mory 8, 01-330 Warszawa** |
| Sekcja | *(podać nazwę Sekcji organizującej PT/ILC)* |
| Koordynator | *(imię, nazwisko)* |
|  |  |
| Temat badania biegłości / porównań międzylaboratoryjnych\* | *(zgodnie z załącznikiem nr 2 do procedury)* |
| Nr badania biegłości / porównania międzylaboratoryjnego\* | *(zgodnie z Planem - załącznikiem nr 1 do procedury)* |
|  |  |
| Dane uczestnika | *Nazwa, adres laboratorium (uczestnika PT/ILC)* |
| Nr członkowski | *(nr członkowski w Klubie POLLAB)* |
| Dane do kontaktu | *(imię, nazwisko, nr tel., adres e-mail)* |
| Miejsce dostarczenia próbek do badań | *(jeśli dotyczy)* |
|  |  |
| Zakres badania biegłości / porównania międzylaboratoryjnego\* | *(należy wypełnić w przypadku, gdy dany program PT przewiduje możliwość wyboru badanej cechy; to również miejsce na wpisanie np. danych próbkobiorców, jeżeli program dotyczy pobierania próbek oraz informacji na temat akredytacji uczestnika)* |
| Dodatkowe informacje / uwagi |  |

1. W przypadku zmiany terminu realizacji wyrażam zgodę na przeniesienie zgłoszenia na nowy termin, bez ponownego wysyłania formularza zgłoszeniowego.
2. Uczestnik oświadcza, że zapoznał się z opisem programu i akceptuje warunki udziału.

\* - niepotrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
|  Uczestnik: | Osoba uprawniona do zgłoszenia: |
|  |  |
|  Data, imię i nazwisko, podpis  | Data, imię i nazwisko, podpis |