|  |  |
| --- | --- |
| Zleceniodawca: |  |
| Nazwa: |  |
| Adres: |  |
| NIP: |  |
| Płatnik (jeśli inny niż Zleceniodawca): |  |
| Adres mailowy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |

**Centrum Badań Mikrobiologicznych i Autoszczepionek imienia dr Jana Bobra sp. z o.o.**

31-016 Kraków  
ul. Sławkowska 17

NIP: 678-190-45-14; **Regon: 350821071**

**ZLECENIE NA WYKONANIE BADANIA SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj sterylizacji | Suche gorące powietrze/para wodna pod ciśnieniem |
| Nazwa urządzenia |  |
| Nr serii urządzenia |  |
| Czas sterylizacji |  |
| Temperatura sterylizacji |  |
| Data procesu sterylizacji |  |
| Rozmieszczenie wskaźników sterylizacji |  |