

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY DO PROGRAMU BADAŃ BIEGŁOŚCI POLMICRO		Numer Laboratorium (wypełnić tylko przy aktualizacji) L				
A. CEL ZGŁOSZENIA						
PRZEZNACZENIE FORMULARZA (zaznaczyć właściwy kwadrat)		<input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU <input type="checkbox"/> I-szy raz <input type="checkbox"/> ponowne <input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE AKTUALIZACYJNE				
ZMIANA DOTYCZY (zaznaczyć właściwy kwadrat)	<input type="checkbox"/> B.1.	<input type="checkbox"/> B.2.	<input type="checkbox"/> B.3.			
	<input type="checkbox"/> B.4.	<input type="checkbox"/> B.5.	<input type="checkbox"/> B.6.			
	<input type="checkbox"/> C.1.	<input type="checkbox"/> C.2.	<input type="checkbox"/> C.3.			
	<input type="checkbox"/> C.4.	<input type="checkbox"/> C.5.	<input type="checkbox"/> C.6.			
B. DANE LABORATORIUM						
B.1.	RODZAJ LABORATORIUM (zaznaczyć właściwy kwadrat)	<input type="checkbox"/> Podmiot publiczny <input type="checkbox"/> Podmiot niepubliczny				
		Numer ewidencyjny KIDL	Numer akredytacji PCA			
B.2.	DANE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)	Pełna nazwa*				
		Ulica*	numer			
		Kod pocztowy	mięscowosc województwo			
B.3.	DANE LABORATORIUM	Pełna nazwa*				
		<input type="checkbox"/> Samodzielne Laboratorium Mikrobiologiczne	<input type="checkbox"/> Laboratorium Mikrobiologiczne w strukturze			
B.4.	ADRES SIEDZIBY LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO	ulica	numer			
		Kod pocztowy	Miejscowosc* Województwo*			
		Adres lokalizacji Laboratorium ważny od:				
B.5.	DANE KONTAKTOWE <i>(wyłącznie służbowe)</i>	Osoba do kontaktu z COBjwDM* Imię i nazwisko:				
		Telefon stacjonarny (wraz z nr kierunkowym)				
		Telefon komórkowy				
		Fax				
Adres e-mail:						
B.6.	KIEROWNIK LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO	Imię i nazwisko*				
		Tytuł/stopień**				
		Staż pracy (w latach)				
		Uczelnia				
		Kierunek				
		SPECJALIZACJA KIEROWNIKA LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO	Dziedzina	I stopień stary tryb	Tytuł specjalisty	
					II st. stary tryb nowy tryb	
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologia lekarska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologia medyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Mikrobiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Analityka kliniczna	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Lab. diagnostyka medyczna	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Diagnostyka laboratoryjna	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> inna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> inna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> inna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*Wypełnić drukowanymi literami;** np. mgr biol., mgr anal. med., dr n. med., itp.

C. DANE SZACZEGÓŁOWE LABORATORIUM					
C.1.	TRYB PRACY LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO <small>(zaznaczyć właściwe kwadraty)</small>	<input type="checkbox"/> 7 dni w tygodniu	<input type="checkbox"/> 5 dni w tygodniu	<input type="checkbox"/> 6 dni w tygodniu (bez niedziel)	<input type="checkbox"/> 5 dni w tygodniu (+ dyżur w soboty i niedziele)
		<input type="checkbox"/> 24 godz./dobę	<input type="checkbox"/> 8 godz./dobę	<input type="checkbox"/> 8-16 godz./dobę	
C.2.	LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNE OBSŁUGUJE <small>(zaznaczyć właściwe kwadraty)</small>	<input type="checkbox"/> szpitale	liczba łóżek szpitalnych (łącznie dla wszystkich podmiotów)		
		<input type="checkbox"/> szpitale + lecznictwo otwarte	liczba łóżek szpitalnych (łącznie dla wszystkich podmiotów)		
		<input type="checkbox"/> lecznictwo otwarte	<input type="checkbox"/> domy pomocy społecznej, hospicja, zakłady opieki leczniczej (ZOL)		
C.3.	LICZBA MATERIAŁÓW / LICZBA WYKONANYCH BADAŃ	Liczba przyjętych materiałów w ubiegłym roku kalendarzowym			
		Liczba wykonanych badań w ubiegłym roku kalendarzowym			
C.3.	PERSONEL LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO <small>(bez Kierownika)</small>	Liczba zatrudnionych osób (ogółem)			
	w tym:	osoby z wykształceniem wyższym II stopnia			.....
		osoby z wykształceniem wyższym I stopnia (licencjat, inżynier)			.....
		osoby z wykształceniem średnim (technicy)			.....
		pomocze laboratoryjne			.....
		obsługa administracyjna			.....
		pielęgniarki			.....
C.4.	OSOBY Z WYŻSZYM WYKSZTAŁCENIEM <small>(bez Kierownika)</small>	Liczba osób z tytułem diagnosty laboratoryjnego			
		Liczba osób ze stopniem/tytułem		dr	dr hab.
				prof.	
	Wykształcenie podstawowe (liczba osób)	lekarz	..... .....	mgr farmacji	..........
		mgr biologii	..... .....	lekarz wet.	..... .....
		mgr analityki med.	..... .....	mgr chemii	..........
		mgr mikrobiologii	..... .....	Inne (jakie?)	..... .....
		mgr/mgr inż. biotechnologii	..... .....	Inne (jakie?)	..... .....
		Liczba osób bez specjalizacji		Liczba osób ze specjalizacją (ogółem)	
	SPECIALIZACJE PRACOWNIKÓW	Dziedzina specjalizacji	I stopień stary tryb	Tytuł specjalisty	
				stary tryb (II st.)	nowy tryb
		Mikrobiologia lekarska	..........	..........	..........
		Mikrobiologia medyczna	..........	..........	..........
		Mikrobiologia	..........	..........	..........
		Analityka kliniczna	..........	..........	..........
		Lab. diagnostyka medyczna	..........	..........	..........
		Diagnostyka laboratoryjna	..........	..........	..........
		Inna (jaka?) .....	..... .....	..... .....	..... .....
		Inna (jaka?) .....	..... .....	..... .....	..... .....
C.5.	WYPOSAŻENIE POMIAROWO-BADAWCZE	<input type="checkbox"/> VITEK 2	<input type="checkbox"/> SPEKTROMETR MASOWY		<input type="checkbox"/> MIKROSKOP
		<input type="checkbox"/> VITEK 2 Compact	<input type="checkbox"/> ADAGIO		<input type="checkbox"/> TERMOCYKLER (do PCR)
		<input type="checkbox"/> PHOENIX	<input type="checkbox"/> SYSTEM DO IMMUNODIAGNOSTYKI		<input type="checkbox"/> DENSYTOTETR
		<input type="checkbox"/> WALK AWAY	<input type="checkbox"/> APARAT DO HODOWLI KRWI		Inne (jakie?)
		<input type="checkbox"/> MIDITECH	<input type="checkbox"/> SYSTEM DO BARWIENIA PREPARATÓW		Inne (jakie?)

C.6.	KOMPUTERYZACJA LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO	KOMPUTER PC	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	Liczba
		Laboratoryjny System Informatyczny	<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> TAK
		Dostęp do Internetu w Laboratorium	<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> TAK

Udostępniający upoważnia Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej do przetwarzania przekazanych danych osobowych wyłącznie dla wykonania celów Ogólnopolskiego Sprawdzianu Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych POLMICRO, a Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej zobowiązuje się zabezpieczyć oraz zachować w tajemnicy powierzone dane osobowe oraz sposób ich zabezpieczania.

Administratorem danych jest Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej, 01-793 Warszawa, ul. Rydygiera 8. Dane te będą przetwarzane wyłącznie do ww. celów z prawem dostępu Udostępniającego do swoich danych i ich zmiany.

Wyrażam zgodę na publikowanie zbiorczych wyników Programu Badań Biegłości POLMICRO z zachowaniem praw własności Laboratorium.

Miejscowość	Data
PIECZĘĆ LABORATORIUM	PODPIS I PIECZĘĆ KIEROWNIKA LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO
PIECZĘĆ JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)	PODPIS I PIECZĘĆ DYREKTORA JEDNOSTKI