

.....
(pieczęćka i NIP apteki)

.....
(miejscowość i data)

**Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny
we Wrocławiu
Laboratorium Kontroli Jakości Leków**

ul. Klecińska 125, 54-413 Wrocław
tel. 71 798 57 35 , fax. 71 798 57 36

**ZLECENIE
MIKROBIOLOGICZNEGO BADANIA SKUTECZNOŚCI STERYLIZACJI
SUCHYM GORĄCYM POWIETRZEM**

1. Data sterylizacji
2. Typ suszarki, numer fabryczny , rok produkcji
3. Warunki sterylizacji(temp., czas)
4. Ilość wysterylizowanych krążków Sporalu S + Sporal kontrolny
5. Miejsce umieszczenia krążków Sporalu S w suszarce:
 - a)
 - b)
 - c)
6. Numer serii i data ważności Sporalu S

.....
(pieczęćka i podpis zleceniodawcy)