

**Lista nr 4 – Badania mikrobiologiczne gleby/ piasku/ osadów ściekowych/ ścieków\*)**

**Zakres badań i stosowanych metod badawczych – zaakceptowanych przez klienta do zlecenia nr .....**

(nadany w Punkcie Przyjmowania Próbek)

Lp.	Kierunek badania/ badana cecha		Metoda badawcza/ dokumenty odniesienia
1	<input type="checkbox"/> Miano bakterii grupy coli	A	PB MW-05 wydanie 5 z dnia 07.01.2020
2	<input type="checkbox"/> Miano bakterii grupy coli typu fekalnego	A	PB MW-05 wydanie 5 z dnia 07.01.2020
3	<input type="checkbox"/> Miano <i>Clostridium perfringens</i>	A	PB MW-06 wydanie 5 z dnia 07.01.2020
4	<input type="checkbox"/> Obecność bakterii z rodzaju <i>Salmonella</i>	A	PN-Z-19000-1:2001, IB MW-01/PN-Z-19000-1:2001 wydanie 4 z dnia 07.01.2020 r. PB MW-04 wydanie 4 z dnia 07.01.2020 r. w oparciu o normy PN-Z-19000-1:2001 i PN-EN ISO 6579:2003
5	<input type="checkbox"/> Liczba jaj pasożytów jelitowych <i>Ascaris sp.</i> , <i>Trichuris sp.</i>	A	PB MW-08 wydanie 4 z dnia 07.01.2020 r. w oparciu o normę PN-Z-19000-4:2001
6	<input type="checkbox"/> Liczba jaj pasożytów jelitowych <i>Toxocara sp.</i>	A	PB MW-08 wydanie 4 z dnia 07.01.2020 r. w oparciu o normę PN-Z-19000-4:2001
7	<input type="checkbox"/> Liczba pleśni i drożdży w 1g / w wymazie	A	PN-ISO 7954:1999
8	<input type="checkbox"/> Ogólna liczba grzybów w 1g suchej masy	N	Wytyczne Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie
9	<input type="checkbox"/> Ogólna liczba spor	N	Wytyczne Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie
10	<input type="checkbox"/> Ogólna liczba bakterii wegetatywnych	N	Wytyczne Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie
11	<input type="checkbox"/>		
12	<input type="checkbox"/>		

właściwe zaznaczyć znakiem „X”

A – badanie akredytowane, zamieszczone w Zakresie Akredytacji Laboratorium Badawczego Nr AB 492 wydanym przez Polskie Centrum Akredytacji

N – badanie nieakredytowane, spełniające wymagania normy PN-EN ISO/IEC 17025

\* - niepotrzebne skreślić

**Uwagi:**

1. Metody badawcze, które mogą nie mieć zastosowania w obszarze regulowanym przepisami prawa: .....

wypełnia przedstawiciel komórki realizującej zlecenie (jeżeli dotyczy)

2. Dodatkowe uzgodnienia: .....

.....

Data i podpis klienta

Data i podpis przedstawiciela komórki realizującej zlecenie

Data i podpis przyjmującego próbki do punktu przyjmowania próbek

Data i podpis przedstawiciela laboratorium przyjmującego próbki do badań