|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ NIEZGODNOŚCI**  **UCZESTNIKA BADAŃ BIEGŁOŚCI** | | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. **Badania biegłości (PT)** | | | | | | |
| Nazwa PT | Program badań biegłości w zakresie oznaczania w mleku surowym ogólnej liczby drobnoustrojów, liczby komórek somatycznych oraz aktywności fosfatazy alkalicznej (ocena skuteczności pasteryzacji) w 2018 roku | | | | | |
| 1. **Identyfikacja uczestnika badań biegłości u którego stwierdzono nieprawidłowości** | | | | | | |
| Nazwa i adres laboratorium | | |  | | | |
| Kod laboratorium | | |  | | | |
| 1. **Proponowane przez Laboratorium działania zapobiegawcze i/lub korygujące wraz z terminem ich wykonania (*Wpisać poniżej*)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Data | |  | | Imię i nazwisko  osoby odpowiedzialnej |  | |
| 1. **Zrealizowane przez Laboratorium działania zapobiegawcze i/lub korygujące wraz z terminem ich faktycznego wykonania (*Wpisać poniżej*)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Data | |  | | Imię i nazwisko  osoby odpowiedzialnej |  | |
| **Ocena proponowanych działań (*wypełnia organizator PT !!!*)** | | | | | | |
| Czy jest zadowalająca? Tak  Nie | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Data | |  | | Imię i nazwisko  osoby odpowiedzialnej |  | |

**Uwaga:**

**Wypełniony formularz – część od I do III należy przesłać nie później niż 8.06.2018 na adres pt.mlekosurowe@piwet.pulawy.pl**

**Wypełnioną część IV formularza – należy przesłać po zakończeniu realizacji działań na adres pt.mlekosurowe@piwet.pulawy.pl**