

LABPT KALİTE KONTROL PROGRAMI 2020 YILI KAYIT FORMU

Aşağıda bilgileri verilen Hastane / Laboratuvar'ın işaretlenen programlara 2020 yılı için kaydının yapılmasını istiyorum.

Tarih:/...../20.....

Hastane / Laboratuvar Adı :

Adres:

Sorumlu :

E-posta :

Telefon Numarası :

Aşağıdaki bölüme ödeme işlemi gerçekleştirecek kuruma ait bilgiler yazılacaktır.

Fatura Bilgileri (ödeme yapacak kuruma ait) Ticari Unvan :

Vergi Dairesi :

Vergi No :

Muhasebe Sorumlusu :

Telefon Numarası :

E-posta :

Program Adı ve Numarası

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Biyokimya (B-20) | <input type="checkbox"/> Kardiyak Marker Paneli (K-20) |
| <input type="checkbox"/> Hematoloji (CBC-20) | <input type="checkbox"/> Mikrobiyoloji (M-20) |
| <input type="checkbox"/> Hormon (H-20) | <input type="checkbox"/> Antibiyogram (A-20) |
| <input type="checkbox"/> Tümör Marker Paneli (TM-20) | <input type="checkbox"/> Viral Marker Paneli (VM-20) |
| <input type="checkbox"/> HbA1c (G-20) | <input type="checkbox"/> Torch Paneli (T-20) |
| <input type="checkbox"/> Kan Grubu (KG-20) | <input type="checkbox"/> Koagülasyon (PT-20) |
| <input type="checkbox"/> Prokalsitonin (PCT-20) | <input type="checkbox"/> İdrar Tahlili (TİT-20) |
| <input type="checkbox"/> Prenatal Tarama I (PNTI-20) | <input type="checkbox"/> Glukoz (Glukometre) (GPOCT-20) |
| <input type="checkbox"/> Prenatal Tarama II (PNTII-20) | |
| <input type="checkbox"/> Spesifik Proteinler (SP-20) | |

Banka Hesap Bilgileri

Biyolojik Bilimler Danışmanlık Eğitim Ve Yazılım Hizm. Ltd. Şti.

Türkiye İş Bankası Başkent Şubesi Hesap No: 4398 026619 IBAN: TR6100 0640 0000 1439 8002 6619

2020 yılı için kalite kontrol programımıza web sitemiz üzerinden online program üyeliği de gerçekleştirebilirsiniz.

2.Sayfada yer alan hizmet sözleşmesi genel şartlarımı okudum ve kabul ediyorum.

Ad- Soyad	Tarih	İmza
-----------	-------	------

Hizmet Sözleşmesi ve Genel Şartlar

- 1-)Kayıt formları eksiksiz doldurularak mail veya fax yoluyla gönderilmelidir.
- 2-)Program fiyatlarını web sitemizdeki kataloğumuzdan bulabilirsiniz.
- 3-)Katılımcılara e- posta ve cep numaraları üzerinden bilgilendirme yapıldığı için bu alanlar mutlaka doldurulmalıdırve bu bilgiler güncel tutulmalıdır.
- 4-)Ödeme numune gönderiminden önce tek seferde, peşin olarak yatırılmalıdır.
- 5-)Banka dekontunda hangi Laboratuvar/ Hastane için ödeme yapıldığının belirtilmesini önemle rica ederiz.
- 6-)Ödeme yapmayan kurumların erişimleri engellenmektedir.
- 7-)Numune gönderimi ile ilgili bilgilendirme kurumların labpt kayıt formunda belirtmiş olduğu mail adresine ve cep telefonuna gönderilir. Kargo takibinden kurum sorumludur.
- 8-)www.labpt.com.tr adresinden “Yeni Üye” ol kısmından sadece kurum laboratuvar yetkilisi tarafından bilgiler doldurulmalıdır. Lab kodu (kurum kodu) Labpt tarafından laboratuvar yetkilisinin belirtmiş olduğu mail adresine gönderilir. Şifre güvenliğinden laboratuvar yetkilisi sorumludur.
- 9-)Numuneler ile ilgili bilgilendirme Numune Çalışma ve Saklama talimatında yer almaktadır. Kurumlar talimattaki bilgilerden sorumludur. Bu talimat her bir programa özel olarak web sitesinde yayınlanır.
- 10-)Sonuç girişleri www.labpt.com.tr adresinden yapılmaktadır. Sonuç girişleri için tarih bilgileri Numune Çalışma ve Saklama talimatında belirtilmiştir, sonuç giriş tarihlerinden kurum sorumlu olup ilgili tarihlerde sonuç girmeyen kurumlara geç rapor oluşturulmaz.
- 11-)Kargoda problem oluşursa ya da gönderilen numune de eksik veya zarar oluşmuş ise kurumun kargonun ulaştığı gün haber vermesi durumunda kuruma yedek numune gönderimi yapılır.
- 12-) Birden fazla laboratuvar/ hastane için üyelik yaptırılıyorsa, her laboratuvar / hastane için ayrı form doldurmanız gerekmektedir.
- 13-) Katılımcılar üyelikleri devam ettiği sürece kendi aralarında ve /veya 3.ncü şahıslara bilgi paylaşımında bulunamazlar. Bu tür davranışlar belirlenirse katılımcı üyelikten çıkartılır.
- 14-)Bazı otoanalizörler için ilave örnek ihtiyacı olabilir. Bu ihtiyacın kayıt sırasında belirtilmesi durumunda dönem başında 125,00 TL ilave ücretle ikinci bir set örnek daha gönderilir.

Yetkili(Laboratuvar/Hastane):
Ad-Soyad
Ünvan
İmza

Yetkili (Labpt):
Ad-Soyad
Ünvan
Kaşe/İmza