

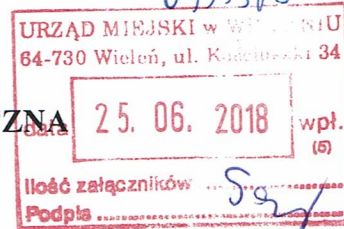


AB 616



POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W PILE

tel. 67 351-98-07
tel./ fax 67 351-98-80
e-mail: laboratorium.lbwig@psse-pila.pl



64 – 920 Piła
al. Wojska Polskiego 43

www.psse-pila.pl

SPRAWOZDANIE Z BADAŃ nr 549/Z/K/18

Zleceniodawca: Gmina Wielki
ul. Kościuszki 34, 64-730 Wielki
Numer protokołu pobrania próbki: ON.HK.467.1.463.2018
Próbka pobrana i dostarczona przez: PSSE - Piła
H. Urbańska, H. Kubiak
Identyfikacja metody pobierania próbek : PTW-HK-01 wyd. 3 z dnia 22.03.2013r.
Rodzaj próbki: Woda z kąpieliska
Stan próbki : Dobry
Miejsce pobrania: Jezioro Bielskie - Biała
– prawa strona kąpieliska

Nr rejestru próbki: 549/Z/K/18

Data pobrania próbki: 19.06.2018r.
Data dostarczenia próbki/rozpoczęcia
badania: 19.06.2018r./19.06.2018r.

Godzina dostarczenia: 13³⁰
Data zakończenia badania: 21.06.2018r.

L.p.	Parametr	Wynik	Niepewność *	Jednostka	Dopuszczalne wartości wskaźników*	Identyfikator metody badawczej**
1	Escherichia coli ^Q	<15	-	NPL/100ml	≤ 1000	PN-EN ISO 9308-3:2002
2	Enterokoki kałowe ^Q	32	-	jtk/100ml	≤ 400	PN-EN ISO 7899-2:2004

Q - „Badanie akredytowane przez PCA” - jest zamieszczone w zakresie akredytacji PCA nr AB 616.

* -Niepewność dla badań akredytowanych podawana jest , gdy obejmuje swoim zakresem wartość dopuszczalną określoną wymogami prawa:

- dla Escherichia coli odczytywana z tablic wg normy PN-EN ISO 9308-3:2002,
- dla enterokoków kałowych oszacowana zgodnie z normą PKN-ISO/TS19036:2011.

Podawane na sprawozdaniu z badań niepewności nie uwzględniają niepewności pobierania próbek.

** Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpielii (Dz. U. z 2016, poz. 1602).

*** Metody badawcze stosowane w badaniach spełniają wymagania określone w z rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpielii (Dz. U. z 2016, poz. 1602).

Piła, dnia 21.06.2018r.
Data sporządzenia sprawozdania

Młodszy Asystent

mgr Kamil Kryza

Data i podpis osoby autoryzującej sprawozdanie

Koniec sprawozdania