

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a: ¹⁾

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL/nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość:*)

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu/adres e-mail:

udzielam upoważnienia: ¹⁾

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL/nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość:*)

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu/adres e-mail:

ZAKRES UPOWAŻNIENIA: ^{1) 2)}

☐

do działania w moim imieniu

**w zakresie związanym z badaniami sanitarno-epidemiologicznymi/laboratoryjnymi*),
w szczególności do: ^{1) 2)}**

- ☐ dostarczenia w moim imieniu materiału biologicznego do badania;
- ☐ wyrażenia zgody na wykonanie badań laboratoryjnych;
- ☐ składania oświadczeń niezbędnych do realizacji badania;
- ☐ uzyskiwania informacji związanych z realizacją badania;
- ☐ uzyskania informacji dotyczących sposobu odbioru wyników badań
- ☐ powierzenia swoich danych osobowych, które są niezbędne do realizacji badania, osobie przeze mnie upoważnionej;

☐

do działania w moim imieniu jako rodzica/opiekuna prawnego*)

**w zakresie związanym z badaniami sanitarno-epidemiologicznymi/laboratoryjnymi*)
osoby nieletniej, w szczególności do: ^{1) 2)}**

- ☐ dostarczenia w moim imieniu wraz z osobą nieletnią materiału biologicznego do badania;
- ☐ wyrażenia zgody na wykonanie badań laboratoryjnych;
- ☐ składania oświadczeń niezbędnych do realizacji badania;
- ☐ uzyskiwania informacji związanych z realizacją badania;
- ☐ uzyskania informacji dotyczących sposobu odbioru wyników badań
- ☐ powierzenia swoich danych osobowych oraz danych osobowych osoby nieletniej, które są niezbędne do realizacji badania, osobie przeze mnie upoważnionej;

Dane osoby nieletniej, której badania dotyczą: ¹⁾

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL/nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość:*)

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu/adres e-mail:

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym*) osoby małoletniej, której badania dotyczą, i posiadam prawo działania w jej imieniu.

¹⁾ dane dostarczone przez klienta (wypełnia, ponosi odpowiedzialność pacjent/zleceniodawca)

²⁾ zaznaczyć X odpowiednią kratkę

*) niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że:

- 1) Zostałem/am poinformowany/a o terminie realizacji badań, o sposobie pobierania, transportu, przechowywania próbek do badań, zgodnie z załącznikiem IB-01.01 oraz oświadczam, że ponoszę za nie odpowiedzialność;
- 2) Zostałem/am poinformowany/a, że materiał biologiczny do badań mikrobiologicznych jest traktowany jako materiał zakaźny;
- 3) Próbki pobrałem/am i opisałem/am osobiście;
- 4) Wyrażam zgodę na umieszczenie wyniku badań laboratoryjnych przez internetową platformę z użyciem jednorazowego kodu dostępu, przetwarzanie wyników do celów statystycznych w warunkach zachowania poufności i ochrony danych osobowych, niepodawanie niepewności na wyniku, nieprzedstawianie stwierdzenia zgodności z wymaganiem/specyfikacją, wykonanie badania wg wyżej wymienionej metody badawczej stosowanej w Oddziale Laboratoryjnym oraz wycenę wykonanego badania wg cennika PSSE w Zgorzelcu, dokonanie wpłaty i przedstawienie dowodu w wysokości ustalonej wg cennika PSSE w Zgorzelcu, wystawienie faktury bez podpisu wystawiającego;
- 5) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, w związku z wykonaniem badań sanitarno-epidemiologicznych/laboratoryjnych;
- 6) Zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych (RODO);
- 7) Upoważniam osobę wskazaną w upoważnieniu do przetwarzania moich danych w związku z dostarczaniem próbek do badań;

Upoważnienia udzielam na czas wykonania i zakończenia badań¹⁾

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art.13 ust.1 ust.2 oraz zgodnie z art.14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dziennik Urzędowy UE, L 119/1 z 4 maja 2016 (dalej: Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Zgorzelcu – 59-900 Zgorzelec ul. Warszawska 11, psse.zgorzelec@sanepid.gov.pl;
2. Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest Katarzyna Wilińska – nr tel.: 756494522, e-mail: iod.psse.zgorzelec@sanepid.gov.pl;
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zleconych badań, a w przypadku gdyby uzyskane wyniki wskazywały na zagrożenie zdrowia lub życia ludzi albo skażenie środowiska, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Zgorzelcu podejmie statutowe działania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wykonania zlecenia;
4. Mają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Państwu prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego gdy uznane zostanie, ich przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku;
5. Dane osobowe będą przechowywane przez czas określony w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

.....
(data i podpis osoby udzielającej upoważnienia)¹⁾

.....
(data i podpis osoby nieletniej – jeśli dotyczy)¹⁾

DANE DO WERYFIKACJI (wypełnia pracownik PSSE):

Dokument tożsamości osoby upoważnionej:

Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Stanowisko, imię i nazwisko osoby przeprowadzającej weryfikację:

.....
Data weryfikacji i podpis osoby weryfikującej:

¹⁾ dane dostarczone przez klienta (wypełnia, ponosi odpowiedzialność pacjent/zleceniodawca)

²⁾ zaznaczyć X odpowiednią kratkę

^{*)} niepotrzebne skreślić