

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel/data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres e-mail

.....
Tel. kontaktowy

Gorzów Wlkp., dn.

**Wojewódzka Stacja Sanitarno -
Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.
ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B
66-400 Gorzów Wlkp.**

Zwracam się z prośbą o odpłatne¹⁾ udostępnienie dokumentacji medycznej -
sprawozdania z badań w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella i Shigella do celów
sanitarno -epidemiologicznych.

Badanie wykonywane było
(należy podać co najmniej miesiąc i rok)

1) Właściwe należy zaznaczyć „X”

Oświadczam, że dokumentacja medyczna w żądanym zakresie jest udostępniona po raz pierwszy

Tak ☐

Nie ☐

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Czas oczekiwania na udostępnienie dokumentacji medycznej – do 5 dni roboczych
2. Udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się w następujący sposób:
 - a. Osobiście/przedstawicielowi Zleceniodawcy
 - b. Drogą mailową na wskazany przez Wnioskującego adres e-mail w formie zaszyfrowanego pliku

Oświadczenie (wypełnia tylko zlecający będący osobą fizyczną)

Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) potwierdzam, że przed złożeniem powyższego zlecenia z wykonanych badań laboratoryjnych zostałem(-am) poinformowany(-a) że:

1. Administratorem danych, które podałem(-am) w w/w zleceniu jest Lubuski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Gorzowie Wlkp. ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B, 66-40 Gorzów Wlkp.
(kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B, 66-40 Gorzów Wlkp. lub email: odo@wsse.gorzow.pl)
2. Swoje dane osobowe podaję dobrowolnie i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w ramach WSS w Gorzowie Wlkp. w celu: jednoznacznego określenia właściciela próbek, uwiarygodnienia wszelkich innych danych przekazanych w zleceniu, ew. nawiązania współpracy podczas wykonywania badań oraz wystawienia rachunku za przeprowadzone badanie.
3. Przekazane dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa.
4. Mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania

.....
(data, czytelny podpis Zleceniodawcy)