

Rodzaj materiału (wybrać właściwe i zaznaczyć)	Materiał pobrany od: (wybrać właściwe i zaznaczyć)	Które badanie (wybrać właściwe i zaznaczyć)	Data i godzina pobrania materiału	Pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby pobierającej materiał
próbka kału ☐ wymaz z kału ☐ wymaz z odbytu ☐ wymaz okołodbytniczy ☐ szczep ☐ wyhodowany z dostarczony na podłożu: stałym ☐ transportowym ☐ inny:	zdrowego ☐ chorego ☐ nosiciela ☐ ozdowieńca ☐ osoby ze styczności ☐ Styczność z osobą zakażoną (wpisać czynnik chorobotwórczy)	I ☐ II ☐ III ☐		

Pacjent / Zleceniodawca oświadcza, że:

- Zapoznał się z wytycznymi dotyczącymi pobierania, przechowywania i transportu próbek, dostępnymi w Punkcie przyjmowania próbek do badań diagnostycznych od pacjentów PSSE w Zielonej Górze oraz na stronie internetowej PSSE w Zielonej Górze (<https://www.gov.pl/web/psse-zielona-gora>). Został poinformowany, że Laboratorium nie ponosi odpowiedzialności za wpływ niewłaściwego pobrania, przechowywania i transportu próbek na wynik badania.
- Został poinformowany, że zastosowane wyposażenie badawcze oraz materiały pomocnicze są zgodne z wymaganiami dla w/w metod badawczych.
- Został poinformowany, że Laboratorium ma obowiązek zgłaszania wyników dodatnich w kierunku określonych biologicznych czynników w chorobotwórczych do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- Został poinformowany, że w przypadku konieczności dalszej identyfikacji lub potwierdzenia wyhodowanego szczepu bakterii chorobotwórczej, dane osobowe zostaną przekazane do laboratorium referencyjnego, zgodnie z przepisami prawa.
- Zgadza się na przetwarzanie danych osobowych swoich / osoby badanej przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze przy ulicy Jasnej 10 w celu wykonania zadań związanych z realizacją niniejszego zlecenia. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadcza, że są one zgodne z prawdą.
- Zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej załączonej do niniejszego zlecenia, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści danych swoich / osoby badanej i prawie ich poprawiania.
- Zapoznał się z ceną za badania i nie wnosi w tym zakresie zastrzeżeń.
- Został poinformowany, że ma prawo do złożenia skargi.

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

.....
data, pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby zlecającej badanie
(dotyczy Instytucji zlecającej badanie)

** UWAGA. W przypadku osób poniżej 16 roku życia podpisuje przedstawiciel ustawowy Pacjenta (rodzic, opiekun prawny); w przypadku osób w wieku 16-18 lat podpisuje osoba badana (Pacjent) oraz przedstawiciel ustawowy Pacjenta.

Sygnatura umowy LMIP. 20.....

Nr kodowy próbki (z Systemu LAB – EPL) / nr próbki w pracowni D-/20..... "....." /

Ocena stanu próbki: próbka właściwa ☐ próbka niewłaściwa ☐

Data, godzina przyjęcia próbki do Laboratorium Podpis

Przyjęcie zlecenia do realizacji: tak ☐ nie ☐	 data, podpis osoby dokonującej przeglądu zlecenia
---	--

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH - informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/67 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

- Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Zielonej Górze reprezentowana przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze będącego jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zielonej Górze z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Jasnej 10.
Kontakt z Administratorem jest możliwy:
listownie na adres: ul. Jasna 10, 65-470 Zielona Góra,
drogą elektroniczną przez e-mail: psse.zielonagora@sanepid.gov.pl
lub telefonicznie pod numerem: tel. (68) 325-46-71 do 75 wew. 212, fax (68) 351-47-96.
- Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych (IOD):
Jacek Krawiec tel. (68) 325 46 71 wew. 270; e-mail: jacek.krawiec@sanepid.gov.pl
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zlecenia.
- Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b, c oraz Art. 9 ust. 2 lit. h rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/67 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest stosowne do przepisów prawa i niezbędne do realizacji zlecenia.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
- Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu realizacji uzasadnionego interesu administratora a następnie w celach archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.