

ZLECENIE BADANIA

Nazwa i adres klienta: Tel. Fax..... NIP.....		Nr rejestru zlecenia Nr próbki:			
Płatność: przelew ☐ Wyniki i rachunek: przesłać pocztą ☐ przesłać fax ☐ odbiór w PSSE ☐ przez osobę upoważnioną ☐ Osoba do kontaktu:..... Telefon					
Dane osoby badanej: Imię i nazwiskoData urodzenia Płeć <table border="1"><tr><td>M</td><td>K</td></tr></table> Pesel Adres:				M	K
M	K				
Materiał diagnostyczny: kał ☐ wymaz z odbytu ☐					
Cel badań:					
☐ - na nosicielstwo (zdrowy) ☐ - badanie w kierunku schorzeń jelitowych (chory, ozdrowieniec, nosiciel, otoczenie) ☐ - posiew sporalu ☐ - wykrywanie pasożytów		☐ - badanie serologiczne ☐ - badanie na rotawirusy i adenowirusy			
Próbka dostarczona przez: zleceniodawca ☐ PSSE ☐ osoba badana ☐					
Materiał do badań pobierany przez:..... Data i godzina pobierania: próbka nr 1)..... próbka nr 2)..... próbka nr 3)..... Metody badawcze: Uzgadniam wykonanie badań przy pomocy właściwych metod badawczych przyjętych w Sekcji Mikrobiologii i Parazytologii: ☐ EPL/PB-01 Obecność pałeczek jelitowych z rodzaju Salmonella i Shigella. Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi. Wydanie 4 z 02.09.2020, na podstawie metodyki PZH Q ☐ EPL/PB-02 Obecność pałeczek z rodziny Enterobacteriaceae (Yersinia spp., Salmonella spp., Shigella spp.) Metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi. Wydanie 4 z dnia 02.09.2020 na podstawie metodyki PZH Q					

Oświadczenie Zleceniodawcy: Przyjmuję do wiadomości, że:

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem 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, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Kaliszu, jako Administrator Danych z siedzibą: ul. Kościuszki 6, 62-800 Kalisz informuje, że przetwarza Państwa dane zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt. C w/w rozporządzenia, czyli dane te są niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, oraz art. 6 ust. 1 pkt. B w/w rozporządzenia, czyli Państwa dane są niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy.

Dodatkowo zapewniamy, że Państwa dane zbierane są zgodnie z prawem, czyli zgodnie z:

- ✓ Ustawą z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 2017 r., poz. 1261 z późn. zm.);
- ✓ Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r., poz. 151).

Dane Państwa zbierane są również, w sposób rzetelny i przejrzysty oraz adekwatny do tego, co niezbędne do celów, w których są przetwarzane.

Ponadto informuję, o przysługującym Państwu prawie dostępu do treści swoich danych, oraz prawie ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, prawie wniesienia sprzeciwu, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), której dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Dodatkowo mają Państwo prawo wniesienia skargi do UODO, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie waszych danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

W razie pytań dostępny dla Państwa jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kaliszu: ul. Kościuszki 6, 62-800 Kalisz, telefon: 62 767 76 12.

W przypadku, gdy uzyskane wyniki świadczyć mogą o nadzwyczajnym zagrożeniu środowiska, zdrowia lub życia ludzi Oddział Laboratoryjny zobowiązuje się do powiadomienia i przekazania kopii sprawozdania z badań do właściwego organu. Istnieje możliwość składania pisemnej skargi w ciągu 7 dni od otrzymania wyników.

Uwagi / Wymagania Zleceniodawcy:

.....

.....

.....

Data

Podpis Zleceniodawcy

PRZYJĘCIE PRÓBKİ DO LABORATORIUM

Uwagi:

.....

Stan próbki – zgodny z wymaganiami ☐ niezgodny z wymaganiami ☐

Przyjęcie – akceptuję ☐ nie akceptuję ☐

Data i godzina przyjęcia: Podpis osoby przyjmującej

* niepotrzebne skreślić; ☐ właściwe zaznaczyć Etap analityczny metod badawczych oznaczonych symbolem Q objęty jest zakresem akredytacji PCA nr AB 578.