

Wałbrzych, dn.

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
w Wałbrzychu
ul. Armii Krajowej 35c, 58-302 Wałbrzych
tel. 746 679 221

ZLECENIE WYDANIA ODPISU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ

1. Zlecam wykonanie odpisu:

- ☐ sprawozdania z badania bakteriologicznego kału w kierunku Salmonella, Shigella do celów sanitarno-epidemiologicznych
☐ innego

2. Badanie zostało wykonane w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Wałbrzychu

- ☐ dnia/przybliżony termin
☐ nie wiem

3. Dane osoby badanej (aktualne na dzień wykonania badania):

- nazwisko i imię
- PESEL/nr paszportu.....
- adres zamieszkania
- aktualny telefon kontaktowy

4. Badanie zostało wykonane:

- ☐ odpłatnie
☐ nieodpłatnie (uczeń, student)
☐ nie wiem

5. Oświadczam, że o odpis sprawozdania z badań w podanym wyżej zakresie wnioskuje:

- ☐ po raz pierwszy ☐ po raz kolejny ☐ nie wiem

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta w przypadku udostępniania pacjentowi dokumentacji medycznej po raz pierwszy w podanym zakresie nie pobiera się opłaty, w pozostałych przypadkach pobierana jest opłata. Kwotę należy ustalić z pracownikiem i opłacić przelewem przed odbiorem odpisu. Płatność gotówką ani kartą nie jest możliwa. Proszę zabrać ze sobą potwierdzenie wykonania przelewu zgłaszając się po odpis. Jeśli dane do faktury są inne niż w punkcie 3. proszę je umieścić w uwagach pkt. 8.

Przedpłata przelewem na konto: NBP O/O Wrocław **63 1010 1674 0005 7622 3100 0000**

Termin sporządzenia odpisu sprawozdania z badań: do 5 dni roboczych.

6. Sposób odbioru odpisu:

- ☐ osobiście/przez przedstawiciela ustawowego w przypadku osób małoletnich
☐ przez osobę upoważnioną:

Upoważnienie do odbioru odpisu sprawozdania z badań: (wypełnić, jeśli konieczne)

Ja niżej podpisana/y upoważniam Panią/Pana.....

nr PESEL/nr paszportudo jednorazowego odbioru wyżej
wymienionego odpisu sprawozdania z badań.

☐ w inny sposób

.....
data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Klauzula informacyjna dla osoby upoważnionej przez pacjenta do odbioru odpisu

Administratorem Danych Osobowych będzie Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Wałbrzychu przy ul. Armii Krajowej 35c, 58-302 Wałbrzych. Dane osobowe są podawane dobrowolnie z zachowaniem prawa dostępu do ich treści, sprostowania, ograniczenia przetwarzania w celu realizacji zamówienia i nie będą podlegały profilowaniu oraz zautomatyzowaniu. Dane mogą być udostępniane przez PPIS podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa. Przechowywane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Zleceniodawca, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Z IOD można się kontaktować za pomocą adresu e-mail: iod.walbrzych@sanepid.gov.pl. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych dostępne są w Biuletynie Informacji Publicznej PSSE Wałbrzych.

.....
data i czytelny podpis osoby upoważnionej przez pacjenta

7. Naliczono opłatę w wysokości (wpisać, jeśli dotyczy)

8. Uwagi

.....
data i podpis osoby przyjmującej zlecenie

Objaśnienia: ☐ zaznaczyć X właściwe