

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Świnoujście, dnia

Dane zlecniodawcy
(imię, nazwisko, adres zam.)

.....
.....
.....

Tel. kontaktowy.....

Powiatowa Stacja Sanitarno-
Epidemiologiczna w
Świnoujściu
ul. Dąbrowskiego 4
72-600 Świnoujście

**ZLECENIE
NA BADANIE KAŁU DO CELÓW SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH**

Zlecam wykonanie badania nosicielstwa/obecności pałeczek Salmonella-Shigella.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu przeprowadzenia badań do celów sanitarno-epidemiologicznych. Dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą Informacyjną PSSE w Świnoujściu *.

.....
(data, miejsce i czytelny podpis)

Do zlecenia należy załączyć:

1. Skierowanie na badanie nosicielstwa Salmonella-Shigella
2. Dowód wpłaty:

Płatność przelewem

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Świnoujściu
ul. Dąbrowskiego 4, 72-600 Świnoujście

nr konta: 67 1010 1599 0519 2722 3100 0000

Kwota: 337,40 zł

Tytuł przelewu: trzykrotne badanie kału, imię i nazwisko osoby badanej.

W przypadku gdy faktura ma być wystawiona na przedsiębiorcę należy w tytule przelewu wpisać numer NIP (zgodnie z art. 106b ust. 5 i ust. 6 Ustawy o VAT).

.....
(podpis przyjmującego zlecenie
- wypełnia PSSE Świnoujście)

**Informuje, że Administratorem Danych Osobowych przetwarzanych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny/Dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej z siedzibą przy ul. Dąbrowskiego 4, 72-600 Świnoujście. Klauzula informacyjna dostępna jest na stronie: <https://www.gov.pl/web/psse-swinoujście/polityka-prywatności>.*