

please do not fill out the gray fields
FOR LABORATORY USE ONLY

Dział Laboratoryjny
Wojewódzka Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna
Oddział Laboratoryjny Mikrobiologii Klinicznej i Epidemiologii
00-875 Warszawa, ul. Żelazna 79
tel.: (22) 6209001-06 wew.701

LABORATORY REQUEST FORM

Zlecenie badania nr: ZL...../ 2026
/wpisać z programu LAB-EPL/

PATIENT INFORMATION (dane pacjenta):

phone number (nr telefonu).....

name, surname (imię i nazwisko)

date of birth (data urodzenia).....

sex (płeć): F M*

patient identification number (passport number) (nr identyfikacyjny)

street name (ulica).....house/building number (nr domu).....flat number (nr mieszkania).....

postal code (kod pocztowy).....city (miasto).....country (kraj).....

date of collection / time of collection / sample type:

1/...../ stool swab /rectal swab

2/...../ stool swab /rectal swab

3/...../ stool swab /rectal swab

Laboratoryjny numer próbki wpisać z programu LAB-EPL:

Próbka nr 1: EP...../ 2026

Próbka nr 2: EP...../ 2026

Próbka nr 3: EP...../ 2026

Note: date/time acceptance of samples to the Laboratory and the condition of the sample: without reservations/does not qualify for testing - are entered into the program

Lp.	Rodzaj badania ¹⁾ /metodyka	Cena	Ilość	Kwota
1	Wykrywanie <i>Salmonella</i> i <i>Shigella</i> u osób zdrowych w kale/ wymazie z kału (nosicielstwo – trzy próbki) / metoda hodowlana uzupełniona testami biochemicznymi i serologicznymi/ PB-EPL-02	210 zł	1	210 zł
		Uczeń/Student/Doktorant*		Uczeń/Student/Doktorant*

1) current status of Procedures is available at www.gov.pl/web/wsse

The price for testing the sample(s) has been agreed with the Principal on the basis of the current price list of the WSSE.

INVOICE (faktura) YES / NO*

Please be advised that in order to receive an invoice for the COMPANY, it is necessary to provide the correct Tax Identification Number. The contractor will issue invoices for the research in a structured form via the National e-Invoice System KSeF, in accordance with the provisions of the Act of March 11, 2004 on tax on goods and services and implementing regulations. Invoices sent via KSeF will constitute the basis for settlements between the Parties.

If a receipt is issued to a natural person, it is not possible to later change it to an invoice for the COMPANY.

INVOICE FOR:

company / name (nazwa).....

NIP address (adres).....

I declare:

- I have been informed that in accordance with Act of 05.12.2008 (Journal of Laws from 2025 poz. 1675) any positive result (detection of *Salmonella* & *Shigella* species) will be reported to the State Sanitary Inspector for the purposes of public health surveillance.
- I have been informed that my personal data are processed in accordance with the Personal Data Protection Act.
- I have been informed that the laboratory ensures impartiality and confidentiality of information obtained from the client, except where required by the law

* please delete as applicable

Zleceniodawca

.....
data i podpis

Przegląd i przyjęcie zlecenia

.....
data i podpis

How to do faecal analysis testing for the presence of Salmonella and Shigella?

1. Take the test tubes

You will receive 3 tubes and our order form at the Samples Receiving Department.

You can visit us and take tubes from Monday to Friday from 8.00 AM until 2.45 PM

Don't use other test tubes, for example from drugstore!

2. Collect the test samples

- open the package and put out the swab

- collect the faecal sample with the cotton swab

- put back the swab into the test tube and close tight

- write down on the tube your name, date and time of collecting the sample

- store your test samples in a cool place

Collect samples on three consecutive days as described above!

Do not collect samples for testing during antibiotic therapy and within 7 days of its completion!

Samples without a clear trace of feces on the swab will not be accepted for testing!

3. Make the payment (210 PLN) by bank transfer before delivering samples for testing, print payment confirmation or at the WSSE cash desk, before submitting samples for testing (cashless payment)

ACCOUNT NUMBER	81 1010 1010 0015 6022 3100 0000
PAYEE NAME	WSSE w Warszawie, ul. Żelazna 79, 00-875 WARSZAWA
PAYMENT PURPOSE	NAME & SURNAME; „NOSICIELSTWO SALMONELLA / SHIGELLA”

4. Bring the test samples

Bring all 3 test samples together (no later than 72 hours after collecting the first sample!) to the Samples Receiving Department, from Monday to Friday from 8.00 AM to 11.30 AM.

Don't forget to bring your completed order form and the confirmation of your payment.

If you want to receive the results online, ask at the Sample Receiving Department, for login and password.

5. Get the results

After 7 days you can collect your result. Take your ID with you and come from Monday to Friday from 8.00 AM to 2.45 PM to the Samples Receiving Department,

Optionally, you can download the result from the website <https://epl.wsse.waw.pl> using the received login and password.

Detailed information on tests, sampling, payment discounts, test order forms and personal data processing are available at:

<https://www.gov.pl/web/wsse-warszawa/laboratorium-badan-na-nosicielstwo>

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie reprezentowana przez Mazowieckiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego / Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej z siedzibą w Warszawie przy ul. Żelaznej 79;

2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej można uzyskać pod adresem:

i.od.wsse.warszawa@sanepid.gov.pl lub poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą Urzędu [/fn0v57sx3v/skrytka](mailto:fn0v57sx3v/skrytka)

3. W związku z zawarciem i realizacją umowy / zlecenia na wykonanie pomiarów i badań laboratoryjnych Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie: rozporządzenia (UE) 2016/679 (art. 9 ust. 2 lit. h), ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych;

4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą zarówno strony i uczestnicy postępowań lub organy właściwe do załatwienia sprawy na mocy przepisów obecnie obowiązującego prawa;

5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres: zgodnie z archiwizacją dokumentacji medycznej opisanej w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wraz z uwzględnieniem zmian wprowadzonych przez Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Administratora:

a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,

b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,

c) do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych w przypadku gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,

d) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w celu skorzystania z przysługujących praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Danych Osobowych;

7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy;

8. Podanie przez Państwa danych osobowych w celu realizacji zleconych badań jest konieczne, aby Administrator mógł dopełnić żądanie od osoby której dane dotyczą. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wykonania zlecenia;

9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;

10. Państwa dane nie będą przekazywane do Państwa trzeciego.