

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi Oddział Laboratoryjny Mikrobiologii i Parazytologii ul. Wodna 40 90-046 Łódź tel. 42 253 62 00					KOD KRESKOWY 		KOD PRÓBK	
ORDER OF DIAGNOSTIC TEST								
Type/direction of test			Carriage of Salmonella and Shigella bacilli, in accordance with PB/L-09 issue 5 of February 10, 2025. Accredited method.					
Completed by the patient								
PATIENT DETAILS (please complete in CAPITAL LETTERS)								
SURNAME(S)							SEX	☐ F ☐ M
NAME(S)								
DATE OF BIRTH		day	month	year		IN THE CASE OF THE ABSENCE OF PESEL NUMBER NAME, NUMBER AND SERIES OF THE DOCUMENT CONFIRMING IDENTITY		
PESEL								
ADDRESS		Street, house/apartment number						
		POSTAL CODE			CITY			
				-				
DETAILS OF THE LEGAL REPRESENTATIVE (in the case of a minor patient, completely incapacitated or incapable of giving informed consent)								
NAME(S)								
SURNAME(S)								
ADDRESS								
PATIENT CLINICAL DATA								
RECOGNITION								
ANTIBIOTICOTHERAPY		☐ No	☐ Yes (specify):					
TYPE OF MATERIAL		☐ Feces ☐ Anal swab ☐ Other:						
SAMPLE		DATE AND TIME OF SAMPLE COLLECTION				WHICH SAMPLE (if supplied individually)		
Sample nr 1 (K1)						1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		
Sample nr 2 (K2)								
Sample nr 3 (K3)								
NAME(S) AND SURNAME OF THE PERSON COLLECTING THE MATERIAL						SIGNATURE		
FORM OF TRANSFERRING/RECEIVING THE RESEARCH REPORT								
☐ electronic form via the eLaborat online platform			☐ personally		☐ a person authorized to collect the examination (upon presentation of appropriate authorization)			
THE PRICE OF THE TEST IS PLN 235, IN WORDS: two hundred thirty five zł								
PAYMENT METHODS:		☐ cash ☐ card ☐ BLIK ☐ bank transfer ☐ other:						
THE DEADLINE FOR COMPLETING THE STUDY IS								

CONSENTS AND DECLARATIONS

- ☐ *I consent to the processing of my telephone number:, by the Łódź Provincial State Sanitary Inspector with its registered office in Łódź (90-046), ul. Wodna 40, for contact purposes related to the order.*
and
- ☐ *I consent to the processing of my email address:, by the Łódź Provincial Sanitary Inspectorate, based in Łódź (90-046), ul. Wodna 40, for contact purposes related to the order.*
I am aware that I have the right to withdraw my consent at any time. Withdrawal of consent does not affect the lawfulness of processing based on consent before its withdrawal. Providing a phone number and email address is optional; lack of this information will not affect the processing of the order.
- ☐ *I accept* / ☐ *I do not accept* the testing method and price in accordance with the current offer and price list of the Provincial Sanitary and Epidemiological Station in Łódź, available at the sample reception point and on the website: (<https://www.gov.pl/web/wsse-lodz/zakres-badan>); (<https://www.gov.pl/web/wsse-lodz/cennik-badan>).

DATE

PATIENT SIGNATURE

To be completed by laboratory staff

Use of the test results:

☐ Legal compliance assessment

☐ other

DATE AND TIME OF SAMPLE DELIVERY

Sample condition:

☐ no remarks ☐ with remarks(specify):

Uwagi (GDPR):

1. Osoby uczestniczące przy realizacji zlecenia są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z realizacją zlecenia, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.
2. Zleceniodawca nie może uczestniczyć w charakterze obserwatora przy wykonywaniu badań mikrobiologicznych.
3. Zleceniobiorca ma obowiązek zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych właściwemu organowi kontroli, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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) (dalej RODO) :

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Łódzki Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny z siedzibą w Łodzi (90-046), ul. Wodna 40;
- administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej iod.wsse.lodz@sanepid.gov.pl;
- administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu realizacji badania diagnostycznego. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zlecenia, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem zlecenia, wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, oceny pracownika do pracy, zapewnienia opieki zdrowotnej, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej. Podstawą prawa krajowego są ustawy: z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej. W przypadku podania danych teleadresowych, przetwarzanie odbędzie się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, w celach kontaktowych na temat realizacji zlecenia oraz przekazania sprawozdania z badania. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody [art. 6 ust. 1 lit. a) RODO] może Pan/Pani cofnąć zgodę w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- dane osobowe mogą być udostępnione innym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych, w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, dostawcą internetowej platformy prezentacji wyników eLaborat);
- administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- ma Pani/Pan prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo, zgodnie z art. 13 ust 2 RODO :

- Pani/Pana dane będą przechowywane zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych w zakresie lat 5 (zlecenie wykonania badań) oraz lat 20 (dokumentacja badań laboratoryjnych);
- Pani/Pana dane teleadresowe przetwarzane na podstawie zgody, mogą być przechowywane jak wskazano powyżej lub do czasu cofnięcia zgody. Podanie Pani/Pana danych teleadresowych jest dobrowolne, ich brak nie wpłynie na proces realizacji zlecenia, ale uniemożliwi kontakt w sprawach związanych z realizacją badania diagnostycznego. Podanie pozostałych danych osobowych jest ustawowo obligatoryjne do realizacji badania. Konsekwencją nie podania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji zlecenia
- przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Pani/Pana dane osobowe.

Name and surname of the person accepting the order

Patient Name and Surname