

Data

Nazwisko

[illegible][illegible]

Adres.....

Adres e-mail tel. kontaktowy.....

Rodzaj materiału*	kał	wymaz z odbytu	inne
-------------------	-----	----------------	------

1. rozpoznanie

2. antybiotykoterapia* nie tak (jakie).....

Rodzaj/kierunek badania.....

Material pobrany od*	zdrowego	chorego	osoby ze styczości
----------------------	----------	---------	--------------------

Data i godzina pobrania próbek: _____ Kody próbek nadane w laboratorium: _____ które badanie... _____

1.

2. 2.

3. _____ 3. _____

Próbki pobrał* zleceniodawca osoba badana zgodnie z IR/L/LEp-12 wyd. 2 z dnia 10.11.2017r.

Data i godzina dostarczenia próbek.....

imię i nazwisko osoby pobierającej materiał.....

Stan próbki* bez uwag z uwagami.....

Uzgodnienie warunków badań:

1. Metody badań*
☐ zgodnie z ofertą badań na rok
☐ zgodnie z metodyką.....PB/L/Ep-01 Wyd. 2 z dn. 25.04.2014
2. Wykorzystanie wyników badania* ☐ dla potrzeb własnych ☐ dla potrzeb urzędowych
3. Forma przekazania/odbioru sprawozdania z badań*
☐ osobiście
☐ osoba upoważniona do odbioru badania (po okazaniu stosownego upoważnienia).....

4. **Forma płatności** ☐ przelew ☐ badanie bezpłatne (uczniowie)

Zleceniodawca upoważnia zleceniobiorcę do wystawienia faktury VAT bez podpisu.

Cena badania skalkulowana będzie na podstawie cennika obowiązującego w PSSE na dzień zawarcia umowy.

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z cennikiem i akceptuję sposób rozliczenia ceny badania.

Uwagi:

1. Informacje dotyczące zlecenia uzyskane w trakcie realizacji zlecenia posiadają klauzulę poufności.
2. Laboratorium 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 (Dz. U. 2024 poz. 924)
3. Klientowi przysługuje prawo do złożenia skargi.
4. Dane osobowe klienta są gromadzone i przetwarzane wyłącznie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zlecenia (zgodnie z Rozporządzeniem 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) (Dz. Urz. UE L119 str.1). Istnieje prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawiania.

☐ wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych

* *Właściwe zakreślić*

.....
podpis przyjmującego zlecenie (czytelny)

.....
podpis zleceniodawcy (czytelny) /
placówka zlecająca badanie /
imię i nazwisko lekarza zlecającego badanie

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz zgodnie z art. 14 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) (Dz. U. UE L 2016.119, s.1) zwane dalej RODO - Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Wieluniu informuje, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Wieluniu, z siedzibą w Wieluniu przy ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 14, 98-300 Wieluń, tel. 43 843 39 21, e-mail: sekretariat.psse.wielun@sanepid.gov.pl;
- w Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Wieluniu wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod.psse.wielun@sanepid.gov.pl lub osobiście w siedzibie administratora danych osobowych;
- dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zleconych badań, w przypadku gdy uzyskane wyniki wskazywać będą na zagrożenie zdrowia lub życia ludzi albo skażenia środowiska, powiadomiony zostanie właściwy Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wykonania zlecenia;
- ma Pan/Pani prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Panu/Pani prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania zadań z nimi związanych oraz zgodnie z przepisami regulującymi przechowywanie i archiwizowanie dokumentów.

.....
podpis zleceniodawcy

Dane rodzica / przedstawiciela ustawowego niepełnoletniego dziecka

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury	
Imię	Nazwisko
Adres	
Podpis	