

Upoważnienie

Ja (imię i nazwisko)

nr PESEL*

upoważniam

Panią/Pana

nr PESEL*

do dokonania w moim imieniu następujących czynności**:

- ☐ odebrania wyników moich badań wykonanych w PSSE w Głogowie
- ☐ złożenia próbek kału w celu wykonania badań do celów sanitarno-epidemiologicznych
- ☐ zlecenia w moim imieniu wykonania badań obejmujących nosicielstwo Salmonella/Shigella

Łączna ilość upoważnień**: ☐1 ☐2 ☐3

.....
data i czytelny podpis pacjenta

CZĘŚĆ ZLECENIA WYPEŁNIANA TYLKO W PRZYPADKU, GDY KLIENT-PACJENT UPOWAŻNIA INNĄ OSOBĘ DO ZLECENIA W JEGO IMIENIU WYKONANIA BADAŃ OBEJMUJĄCYCH NOSICIELSTWO SALMONELLA/SHIGELLA

Prosimy o zapoznanie się klienta-pacjenta z poniższymi informacjami oraz osobiste wypełnienie tej części zlecenia

I. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PSSE w Głogowie w związku ze zleconymi badaniami.

II Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z pełną treścią zlecenia dostępną w punkcie przyjmowania prób/na stronie internetowej PSSE w Głogowie – w tym z zakresem zleconych badań oraz informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez PSSE w Głogowie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe zostaną przekazane do PSSE w Głogowie, na co wyrażam zgodę.

.....
miejscowość, data

.....
data i czytelny podpis pacjenta

* w przypadku braku nr PESEL należy podać serię i numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość

** zaznaczyć krzyżykiem właściwe

Klauzula informacyjna dla osoby upoważnionej przez pacjenta

Szanowni Państwo,

zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO) przez Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Głogowie 67-200 Głogów, ul. Piotra Skargi 4. Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Głogowie wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych. Jędrzej Bajer tel.: 533 80 70 40 email: Jędrzej.Bajer@sanepid.gov.pl.

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są na podstawie art.26 ust.1 Ustawy z dnia 6 listopada 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w celu realizacji niniejszego upoważnienia przez okres 20 lat od momentu wykonania badań lub do czasu wycofania upoważnienia. Dane osobowe będą przechowywane w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Głogowie zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną oraz Rzecзовym wykazem akt Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Głogowie z zachowaniem zasad bezpieczeństwa. Pani/Pana dane otrzymaliśmy od pacjenta (dane pacjenta jak w dokumentacji medycznej upoważniającego) i na tej podstawie je przetwarzamy. Każda osoba upoważniona przez pacjenta posiada prawo dostępu do swoich danych osobowych do ich sprostowania, usunięcia, do ograniczenia ich przetwarzania, do przenoszenia danych, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Zawsze przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych) ul. Stawki2, 00-193 Warszawa, e-mail: iod@uodo.gov.pl, jeśli Państwa zdaniem przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO. Podanie danych jest dobrowolne, lecz nie podanie danych może skutkować niemożliwością wydania dokumentacji medycznej dla osoby wskazanej w upoważnieniu.

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

WYPEŁNIA PRACOWNIK LABORATORIUM

Stwierdzam przyjęcie upoważnienia

.....
Data i podpis pracownika Laboratorium Badań Mikrobiologicznych