

UPOWAŻNIENIE

Ja (imię i nazwisko)nr PESEL.....

będąca/y* klientem Oddziału Laboratoryjnego PSSE w Lubinie

upoważniam Panią/Pana*nr PESEL.....

do odebrania mojego sprawozdania z badań.

.....
Data i podpis klienta

Klauzula informacyjna dla osoby upoważnionej przez klienta

Pani/Pana dane otrzymaliśmy od klienta i na tej podstawie je przetwarzamy. Administratorem danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lubinie, ul. 1-go Maja 15, 59-300 Lubin. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się zgodnie z Klauzulą Informacyjną RODO dostępną w Punkcie Przyjęć Materiału do Badań oraz na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/psse-lubin>.

.....
Data i podpis osoby upoważnionej przez klienta

* niepotrzebne skreślić