

WYPEŁNIA KLIENT(*)

Nazwisko i imię

PESEL/data urodzenia płeć ☐ K ☐ M

Adres

Tel.

Data/godzina pobrania próbek:

Badanie I..... II..... III..... (3-y kolejne dni)
zgodnie z IR/L/LSJ-44 wyd. 3

Data/godzina dostarczenia próbki do laboratorium/.....

Cel badania na nosicielstwo pałeczek jelitowych Salmonella i Shigella osób zdrowych:

☐ - potrzeby własne☐ -potrzeby urzędowe

Próbkę pobrał.....

(czytelny podpis próbkobiorcy)

Dane osobowe gromadzone i przetwarzane wyłącznie dla potrzeb niezbędnych do realizacji Pani/Pana zlecenia zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 L 119 z 04.05.2016, str. 1) oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r. poz. 1000).

(*) wypełnić drukowanymi literami

Zał. nr 1/8 do PO/L-02

wyd.8 z dnia 30.03.2020r. str. 1/2

WYPEŁNIA KLIENT (*)

Nazwisko i imię

PESEL/data urodzenia płeć ☐ K ☐ M

Adres

Tel.

Data/godzina pobrania próbek:

Badanie I..... II..... III..... (3-y kolejne dni)
zgodnie z IR/L/LSJ-44 wyd. 3

Data/godzina dostarczenia próbki do laboratorium/.....

Cel badania na nosicielstwo pałeczek jelitowych Salmonella i Shigella osób zdrowych:

☐ - potrzeby własne☐ -potrzeby urzędowe

Próbkę pobrał.....

(czytelny podpis próbkobiorcy)

Dane osobowe gromadzone i przetwarzane wyłącznie dla potrzeb niezbędnych do realizacji Pani/Pana zlecenia zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 L 119 z 04.05.2016, str. 1) oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r. poz. 1000).

(*) wypełnić drukowanymi literami

Zał. nr 1/8 do PO/L-02

wyd.8 z dnia 30.03.2020r. str. 1/2



Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Łodzi

Oddział Laboratoryjny
Sekcja Badań Schorzeń Jelitowych

www.psselodz.pl e-mail: psse@psselodz.pl

Tel. (0-42) 25-39-900 (965) (970) fax. (42) 25-39-901
ul. Przybyszewskiego 10, 93-189 Łódź

NIP: 729-24-07-981
REGON: 47150221



AB 543



SPRAWOZDANIE Z BADANIA nr PSSE-OL-LSJ/ 7/...../.....

Data rozpoczęcia badania

Rodzaj próbki: kał Stan próbki: prawidłowy/nieprawidłowy

Data zakończenia badania.....

Procedura badawcza: PB/L-21 wyd.3 z dn.14.12.2009r.

UWAGI:

Wynik badania:

I	II	III

.....
Opracował

.....
Autoryzował, data

- 1 Wyniki badań odnoszą się wyłącznie do zbadanych próbek. Probki pobrane zgodnie z IR/L/LSJ-44 wyd.3
- 2 Bez pisemnej zgody Laboratorium sprawozdanie z badań nie może być powielane inaczej niż tylko w całości.
- 3 Klient ma prawo do reklamacji.

Zał. nr 1/8 do PO/L-02

wyd. 8 z dnia 30.03.2020r. str. 2/2



Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Łodzi

Oddział Laboratoryjny
Sekcja Badań Schorzeń Jelitowych

www.psselodz.pl e-mail: psse@psselodz.pl

tel. (0-42) 25-39-900 (965) (970) fax. (42) 25-39-901
ul. Przybyszewskiego 10, 93-189 Łódź

NIP: 729-24-07-981
REGON: 47150221



AB 543



SPRAWOZDANIE Z BADANIA nr PSSE-OL-LSJ/ 7/...../.....

Data rozpoczęcia badania

Rodzaj próbki: kał Stan próbki: prawidłowy/nieprawidłowy

Data zakończenia badania.....

Procedura badawcza: PB/L-21 wyd.3 z dn.14.12.2009r.

UWAGI:

Wynik badania:

I	II	III

.....
Opracował

.....
Autoryzował, data

- 1 Wyniki badań odnoszą się wyłącznie do zbadanych próbek. Probki pobrane zgodnie z IR/L/LSJ-44 wyd.3
- 2 Bez pisemnej zgody Laboratorium sprawozdanie z badań nie może być powielane inaczej niż tylko w całości.
- 3 Klient ma prawo do reklamacji.

Zał. nr 1/8 do PO/L-02

wyd. 8 z dnia 30.03.2020r. str. 2/2