

Nazwa i adres jednostki i płatnika zgodnie z KRS

NIP

REGON

Adres do wysłania faktury jeśli inny niż prowadzonej działalności

.....
miejscowość

.....
data

**Wojewódzka Stacja
Sanitarno-Epidemiologiczna
w Bydgoszczy**

ul. Kujawska 4, 85-031 Bydgoszcz

Wpis do Rejestru Wojewody Kujawsko-Pomorskiego

pod numerem 000000023993 NIP: 953 11 08 025, REGON: 000 29 38 41

Konto: NBP o/o Bydgoszcz 15 1010 1078 0078 2322 3100 0000

tel. centrali: 52 376 18 00

Punkt Przyjmowania Próbek i Wydawania Wyników: 52 376 18 61

e-mail: sekretariat.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl

www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz

KOD EZD RP WSSE w Bydgoszczy

Lista zbiorcza dla celów rozliczeniowych

związana ze zleceniem badań w kierunku **nosicielstwa pałeczek *Salmonella* i *Shigella*** od osób zdrowych
(3 badania dla celów sanitarno-epidemiologicznych) dla:

1.	9.
2.	10.
3.	11.
4.	12.
5.	13.
6.	14.
7.	15.
8.	16.

Cel badań: ☐ Podwykonawstwo badań (dotyczy jednostek służby zdrowia/ laboratoriów obsługujących pacjentów) – **Pozycje nr:**

☐ W związku z pośrednictwem pracy/ badania pracownicze - **Pozycje nr:**.....

1. Wykonywanie badań odbywać się będzie na podstawie **indywidualnego pisemnego zlecenia pacjenta** do odbioru w siedzibie Zleceniobiorcy
2. Za wykonanie badań Zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie w wysokości **150,00 zł netto*** (3 badania równocześnie) lub **50,00 zł netto*** w przypadku pojedynczo dostarczanych próbek, płatne w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury, przelewem na konto Zleceniobiorcy. Za opóźnienie w zapłacie będą naliczone odsetki zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zleceniodawcy przysługuje prawo złożenia reklamacji w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań.

.....
Imię i nazwisko osoby sporządzającej listę

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej listę w imieniu Zleceniobiorcy

* Usługa zwolniona z podatku VAT, podstawa prawna: PKWiU 86.90.15.0 Usługi świadczone przez medyczne laboratoria diagnostyczne art. 43 ust. 1, pkt. 18 Ustawy z dnia 11 marca 2004 o podatku od towarów i usług

Klauzula informacyjna RODO:

Administrator danych: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy, ul. Kujawska 4, 85-031 Bydgoszcz.

Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO (zgoda) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO (diagnostyka medyczna).

Cel przetwarzania: Realizacja zleconych badań diagnostycznych i przekazanie wyników w bezpiecznej formie.

Twoje prawa: Masz prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO. Możesz wycofać zgodę w dowolnym momencie – nie wpływa to na legalność wcześniejszego przetwarzania.

Podanie danych: Dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji usługi. Brak danych może uniemożliwić wykonanie badania.

Odbiorcy danych: Podmioty realizujące badania diagnostyczne, organy nadzoru sanitarnego i zdrowia publicznego, podmioty świadczące usługi pomocnicze, jak dostawcy systemów IT).

Czas przetwarzania: Dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu, a następnie przez czas wymagany przepisami prawa dotyczącymi dokumentacji medycznej i rozliczeń finansowych.

Kontakt do IOD: iod.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl. Więcej informacji na stronie internetowej: www.bip.pwisbydgoszcz.pl zakładka Baza wiedzy.

Strona 2 z 2

ZGODA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie **numeru telefonu komórkowego oraz adresu email**, w celu wysłania faktury wraz z listą zleconych i przebadanych osób (imię i nazwisko) zaszyfrowanym plikiem drogą elektroniczną na wskazany poniżej adres email. Hasło do pliku zostanie przekazane na wskazany poniżej numer telefonu:

Telefon komórkowy.....

Email.....

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych oraz z całą treścią niniejszej zgody i ją akceptuję.

Data i czytelny podpis: _____

Strona 2 z 2