

Wypełnić drukowanymi literami czytelnie

.....
Data wystawienia

ZLECENIE NA BADANIA

Nazwisko i imię badanego* ☐M ☐K*

PESEL i data urodzenia*

Adres: ul* nr domu*

kod* miejscowość* tel*

Materiał pobrany od:

- chorego ☐
- ozdrowieńca ☐
- osoby ze styczności ☐
- nosiciela ☐
- zdrowego ☒

Rodzaj materiału:

- kał ☒ Dzień choroby:
krew ☐ Które badanie:
pmr ☐
wymaz z
inny
.....

1.2.3

Istotne dane kliniczne pacjenta

Data i godzina pobrania materiału*

Dane osoby pobierającej materiał

ZAKRES BADAŃ DO WYKONANIA:

1. Na nosicielstwo (do książeczki zdrowia)

Wykonanie antybiogramu: ☐ tak

Tryb wykonywania badania: ☐ cito

Miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru

.....

Zlecenie to jest równoznaczne ze zobowiązaniem finansowym do pokrycia kosztów badania.

Klient zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.

a) 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).

.....

(Pieczęć firmowa Klienta /jeśli dotyczy)

*

(Podpis lub/i pieczęć klienta lub osoby upoważnionej do zlecenia badania – lekarza kierującego)

Data i godzina dostarczenia próbki do Oddziału ChZZ.....
numer klienta/numer próbki/kod próbki

1. ChZZ/...../...../2023

2. ChZZ/...../...../2023

3. ChZZ/...../...../2023

Uwagi pracownika przyjmującego próbki:.....

.....

* - pole obowiązkowe

.....
Podpis pracownika przyjmującego próbki

Wypełnić drukowanymi literami czytelnie

.....
Data wystawienia

ZLECENIE NA BADANIA

Nazwisko i imię badanego* ☐M ☐K*

PESEL i data urodzenia*

Adres: ul* nr domu*

kod* miejscowość* tel*

Materiał pobrany od:

- chorego ☐
- ozdrowieńca ☐
- osoby ze styczności ☐
- nosiciela ☐
- zdrowego ☒

Rodzaj materiału:

- kał ☒ Dzień choroby:
krew ☐ Które badanie:
pmr ☐
wymaz z
inny
.....

1.2.3

Istotne dane kliniczne pacjenta

Data i godzina pobrania materiału*

Dane osoby pobierającej materiał

ZAKRES BADAŃ DO WYKONANIA:

1. Na nosicielstwo (do książeczki zdrowia)

Wykonanie antybiogramu: ☐ tak

Tryb wykonywania badania: ☐ cito

Miejsce przesłania sprawozdania z badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru

.....

Zlecenie to jest równoznaczne ze zobowiązaniem finansowym do pokrycia kosztów badania.

Klient zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.

a) 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).

.....

(Pieczęć firmowa Klienta /jeśli dotyczy)

*

(Podpis lub/i pieczęć klienta lub osoby upoważnionej do zlecenia badania – lekarza kierującego)

Data i godzina dostarczenia próbki do Oddziału ChZZ.....
numer klienta/numer próbki/kod próbki

1. ChZZ/...../...../2023

2. ChZZ/...../...../2023

3. ChZZ/...../...../2023

Uwagi pracownika przyjmującego próbki:.....

.....

* - pole obowiązkowe

.....
Podpis pracownika przyjmującego próbki

KLAUZULA INFORMACYJNA

Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, z siedzibą w Katowicach przy ul. Raciborskiej 39 jako administrator danych osobowych informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach:

- a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach;
- b) realizacji umów zawartych z kontrahentami;
- c) niezbędnych do wykonania umowy/zlecenia;
- d) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa powyżej, odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

Dane nie będą transferowane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji określonych powyżej celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Dane nie będą profilowane.

Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do danych, ich sprostowania, cofnięcia zgody lub ograniczenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Wszelkie informacje związane z danymi osobowymi można uzyskać kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych pod nr telefonu 32 351 23 37, 32 351 23 21 lub pisząc na adres iod@wsse.katowice.pl

KLAUZULA INFORMACYJNA

Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, z siedzibą w Katowicach przy ul. Raciborskiej 39 jako administrator danych osobowych informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach:

- a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach;
- b) realizacji umów zawartych z kontrahentami;
- c) niezbędnych do wykonania umowy/zlecenia;
- d) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa powyżej, odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

Dane nie będą transferowane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji określonych powyżej celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Dane nie będą profilowane.

Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do danych, ich sprostowania, cofnięcia zgody lub ograniczenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Wszelkie informacje związane z danymi osobowymi można uzyskać kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych pod nr telefonu 32 351 23 37, 32 351 23 21 lub pisząc na adres iod@wsse.katowice.pl