

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lesznie Oddział Laboratoryjny	FORMULARZ nr F16/PO-02	Edycja 05 Strona 1 z 1
	Zlecenie wykonania badań w Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii nr OL.B-078/3.....	Obowiązuje od: 01.01.16

Zleceniodawca:

Nazwisko i imię badanego :

K*	M*
----	----

Adres :

Data urodzenia :PESEL*/ nr paszportu* :

Materiał pobrany od* : chorego, ozdrowieńca, osoby ze styczości, nosiciela, zdrowego

Kod próbki:

Data pobrania materiału:

Rodzaj materiału /metoda badawcza:

- kał do badań mikrobiologicznych/ wg PB -01/B* - wymaz / wg PB-06/B* [N]
- kał do badań parazytologicznych/ wg PB-04/B* [N] - wymaz okołodbytnicy/ wg PB-04/B* [N]
- mocz do badań mikrobiologicznych/ wg PB-05/B*[N]

Kliniczne rozpoznanie:.....

Styczość z chorym:
(nazwisko i imię)

Zlecam wykonanie badania w Laboratorium Mikrobiologii i Parazytologii wg ceny cennika PSSE w Lesznie obowiązującego w dniu dzisiejszym.

Zmiany do zlecenia wymagają formy pisemnej.

Zleceniodawca ma prawo do złożenia skargi na wykonanie usługi. Wszelkie sprawy sporne wynikłe z wykonania umowy będą rozstrzygane przed sądem powszechnym właściwym dla PSSE w Lesznie.

Próbki do badań pobrano i dostarczone zgodnie z instrukcją: I-01/PO-16.

Termin realizacji zlecenia 5 dni roboczych. Sposób odbioru wyniku: odbiór osobisty

Data przyjęcia zlecenia

.....
Podpis przyjmującego zlecenie

.....
Podpis Zleceniodawcy

* właściwe podkreślić

[N] – badanie nie jest zamieszczone w zakresie akredytacji PCA nr AB 609

Oświadczenie

(wypełnia tylko zlecający, będący osobą fizyczną)

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000) potwierdzam, że przed złożeniem powyższego zlecenia na wykonanie badań laboratoryjnych zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem danych, które podałem/am w w/w zleceniu staje się Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lesznie przy ul. Niepodległości 66, 64-100 Leszno.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontaktować można się w następujący sposób:
 - a. listownie - pod adresem: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lesznie, ul. Niepodległości 66, 64-100 Leszno z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych Osobowych
 - b. telefonicznie - dzwoniąc pod numer 65 526 15 15
 - c. mailowo - pisząc na adres iod@psse-leszno.pl
3. Dane osobowe podaję dobrowolnie i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w ramach PSSE w Lesznie w celu: jednoznacznego identyfikowania próbek, uwiarygodnienia wszelkich innych danych przekazanych w zleceniu, wystawienia faktury/rachunku za przeprowadzone badania oraz ewentualnego nawiązania współpracy podczas wykonywania badań.
4. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat lub określony przepisami prawa.
5. Przekazane dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa lub zlecającego.
6. Mam prawo do:
 - a. wglądu do swoich danych,
 - b. zmiany swoich danych, ich sprostowania lub usunięcia,
 - c. wycofania zgody na przetwarzanie danych lub jej ograniczenia,
 - d. przeniesienia danych do innego administratora danych,
 - e. wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - f. wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych bezpośrednio mnie dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000)
7. Sprawozdanie z badań należy odebrać osobiście lub przez osobę upoważnioną. Upoważnienie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej przez klienta w obecności pracownika PSSE.

.....
(data i czytelny podpis zleceniodawcy lub jego przedstawiciela)

Upoważnienie

Ja niżej podpisy/a upoważniam Pana/Panią
legitymującego się dokumentem tożsamości numer.....seria.....do odbioru w/w sprawozdania z badań.

.....
(data i czytelny podpis zleceniodawcy lub jego przedstawiciela)