Załącznik 12 do LML/P16/I-1

WNIOSEK

O wydanie odpisu wyników badań

Gdynia, dnia.....

Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Gdyni

Ul. Starowiejska 50

81-356 Gdynia

Imię i Nazwisko (proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)**

PESEL/ Data urodzenia

Zwracam się z prośbą o wydanie odpisu sprawozdania z badań na nosicielstwo pałeczek Salmonella/Shigella w kale*/ Sporali A*/ innych*

*właściwe podkreślić

Pacjent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z ceną za udostępnianie dokumentacji medycznej i w tym zakresie nie wnosi zastrzeżeń
2. Został poinformowany, że dane zawarte w dokumentacji medycznej są zgodne z danymi przechowywanymi w laboratorium i nie mogą być zmienione.
3. Zapoznał się z klauzulą informacyjną spełniającą obowiązek informacyjny wynikający z RODO (Dz. Urz. UE L 119/1 z dnia 05.05.2016 ze zm.) dostępną pod adresem: https://pssegdynia.bip.gov.pl/ochrona-danych-osobowych/klauzula-informacyjna-oddzial-laboratoryjny-psse-w-gdyni.html

.....

(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam odbiór odpisu sprawozdania z badań:

.....

Data i czytelny podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej

.....