

# ZLECENIE NA WYKONANIE ODPISU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ

nr ..... data .....

Zleceniodawca: .....

Imię i nazwisko/ nazwa instytucji/ adres/NIP

Zleceniobiorca: Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków  
NIP: 677-10-27-767, Regon: 000297394

Oddział Laboratoryjny Mikrobiologii Klinicznej, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków
Oddział Laboratoryjny w Tarnowie, ul. Mościckiego 10, 33-100 Tarnów

Zlecam wykonanie odpisu sprawozdania z badań w kierunku:

Data wykonania badania (podać co najmniej miesiąc i rok)

<b>Dane badanego (proszę wypełnić drukowanymi literami)</b>	<b>Telefon kontaktowy</b> .....
Imię i nazwisko .....	
Data urodzenia .....	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(zaznaczyć właściwe)	
Numer identyfikacyjny pacjenta (paszport dla obcokrajowca lub inny dokument tożsamości podawany w przypadku braku numeru PESEL)	
Miejsce zamieszkania Kod pocztowy .....	Miejscowość .....
Ulica .....	Nr domu ..... Nr mieszkania .....

Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przypadku udostępniania pacjentowi dokumentacji medycznej po raz pierwszy nie pobiera się opłaty

Cena za wykonanie odpisu sprawozdania z badań wynosi .....zł

1. Osoba fizyczna i instytucja - Płatne przelewem na rachunek bankowy WSSE w Krakowie  
Nr konta: 85101012700037082231000000 Ze zleceniem proszę dostarczyć dowód przelewu
2. Instytucja posiadająca umowę z WSSE w Krakowie - Płatne przelewem na rachunek bankowy WSSE w Krakowie  
Nr konta: 85101012700037082231000000 na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie określonym w umowie

Faktura VAT (zaznaczyć właściwie) TAK  NIE

Dane do faktury VAT: nazwa, adres, nr NIP (wypełnić tylko wtedy gdy adres inny niż podany wyżej adres Zleceniodawcy)

Zleceniodawca został poinformowany przez Zleceniobiorcę, że:

1. Przetwarzanie danych osobowych przez WSSE w Krakowie dla celów sanitarno-epidemiologicznych odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem 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)
2. Zobowiązany jest do poinformowania osoby upoważnionej do odbioru odpisu sprawozdania z badań, że treść informacji Administratora, dotycząca przetwarzania danych osobowych dostępna jest w siedzibie WSSE w Krakowie oraz na stronie <https://www.gov.pl/web/wsse-krakow/kontakt2>
3. Ma zagwarantowaną poufność wyników badań oraz ochronę praw własności
4. Ma prawo do złożenia skargi do Dyrektora WSSE w Krakowie, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków
5. Termin realizacji zlecenia wynika z zastosowanej metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony

Zleceniodawca oświadcza, że:

1. Zapoznał się z wytycznymi i bierze pełną odpowiedzialność za sposób pobrania, przechowywania i transportu próbek do badań
2. Zapoznał się z ceną za odpis sprawozdania z badań, i w tym zakresie nie wnosi zastrzeżeń
3. Został poinformowany, że dane zawarte w odpisie sprawozdania z badań są zgodne z danymi przechowywanymi w laboratorium i nie mogą być zmieniane
4. Zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych
5. Podane dane są zgodne z prawdą

.....  
Data/ Podpis Zleceniodawcy

Do odbioru odpisu sprawozdania z badań upoważniam: .....

(Imię i nazwisko, PESEL), dotyczy tylko WSSE w Krakowie

.....  
Potwierdzam odbiór odpisu sprawozdania z badań. Data/ Podpis  
(dotyczy tylko odbioru w WSSE Krakowie, przy ul. Prądnickiej 76)