

**WNIOSEK**  
**o wydanie wyciągu/odpisu/kopii/wydruku\* wyników badań na nosicielstwo bakterii Salmonella/Shigella**

Świdnica, dnia .....

Powiatowa Stacja  
Sanitarno-Epidemiologiczna  
w Świdnicy  
ul. Wałbrzyska 15  
58-100 Świdnica

Imię i nazwisko: .....  
PESEL/ Data urodzenia: .....  
Adres do korespondencji: .....  
Numer telefonu: .....

Zwracam się z prośbą o wydanie wyciągu/odpisu/kopii/wydruku\* sprawozdania z badań na nosicielstwo bakterii *Salmonella/ Shigella*.

Badania wykonywane były w roku ..... w miesiącu .....

Wyciąg/odpis/kopię/wydruk\* odbiorę osobiście\* / upoważniam

.....

\* właściwe podkreślić

Zapoznałam(-em) się z wysokością opłat za odpis wyników badań zgodnie z cennikiem PSSE w Świdnicy i przed jego odebraniem ureguluję opłatę związaną z jego wydaniem.\*\*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej „RODO”) informuję, iż: administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Świdnicy, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica. Kontakt z osobą pełniącą funkcję inspektora ochrony danych w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Świdnicy można uzyskać w siedzibie jednostki mieszczącej się przy ul. Wałbrzyskiej 15 lub wysyłając e-mail na adres [iod@pssewidnica.pl](mailto:iod@pssewidnica.pl). Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania odpisu powyższych badań, oraz jego wycen na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Odbiorcami udostępnionych przez Panią/Pana danych będą tylko podmioty upoważnione z mocy prawa. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat licząc od początku roku następującego po roku złożenia zlecenia na wykonanie badań. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji niniejszego wniosku o odpis wyników badań, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości jego wydania. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu, w tym również nie będą podlegały profilowaniu.

\*\* Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 581)

Wnioskodawca lub osoba przez niego upoważniona zobowiązana jest do okazania dowodu osobistego lub paszportu w celu weryfikacji jej tożsamości na potrzebę odbioru odpisu wyników badań.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam otrzymanie  
wyciągu/odpisu/kopii/wydruku\*:

.....  
(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)