

## Zlecenie na wykonanie badania do celów sanitarno-epidemiologicznych

**KLIENT:** .....

**BADANY (nazwisko i imię):** .....

**Miejsce zamieszkania:** .....

**PESEL** \_\_\_\_\_ **data urodzenia** \_\_\_\_\_

Materiał pobrany od: osoby zdrowej *Płeć\** K  M

Zakres badań: diagnostyka pałeczek jelitowych z rodzaju Salmonella, Shigella wg PB/OL/03 wyd.4 z dnia 28.06.2017r.

| <i>próbka kału</i>                                  | <i>I</i>  | <i>II</i>   | <i>III</i>  |
|---|---|---|---|
| <i>data i godzina pobrania próbki</i>               |   |   |   |
| <i>próbka dostarczona na podłożu transportowym*</i> | <i>tak</i> <input type="checkbox"/><br><i>nie</i> <input type="checkbox"/>    | <i>tak</i> <input type="checkbox"/><br><i>nie</i> <input type="checkbox"/>    | <i>tak</i> <input type="checkbox"/><br><i>nie</i> <input type="checkbox"/>    |
| <i>ocena stanu próbki*</i>                          | prawidłowa <input type="checkbox"/><br>nieprawidłowa <input type="checkbox"/> | prawidłowa <input type="checkbox"/><br>nieprawidłowa <input type="checkbox"/> | prawidłowa <input type="checkbox"/><br>nieprawidłowa <input type="checkbox"/> |
| <i>kod próbki</i>                                   | ...../ZD/Z/2024   | ...../ZD/Z/2024   | ...../ZD/Z/2024   |
| <i>numer próbki w pracowni</i>                      | .....   | .....   | .....   |
| <i>data i godzina przyjęcia próbek</i>              |   |   |   |
| <i>podpis osoby przyjmującej</i>                    |   |   |   |

Klient pobiera materiał zgodnie z instrukcją pobierania i transportu materiału do badania.

Klient ma prawo do uczestnictwa w badaniach jako obserwator z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z przepisów o hermetyzacji laboratorium.

Klient ma prawo do złożenia skargi.

Jeżeli wyniki badania wskazują na zagrożenie zdrowia lub życia człowieka to PBB powiadomi o tym PPIS, który podejmie przewidziane prawem działania.

PBB zastrzega sobie możliwość zlecenia badań do podwykonawcy po uzyskaniu zgody klienta.

Koszt realizacji zlecenia: .....zł.

Odbiór sprawozdania z badania: klient/osoba badana/ osoba upoważniona\* .....

| klient          |  | osoba dokonująca przeglądu zlecenia |  | rezultat przeglądu*  |
|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|
| data            |  | data                                |  | pozytywny <input type="checkbox"/><br>negatywny <input type="checkbox"/> |
| czytelny podpis |  | podpis                              |  |  |

## Klauzula informacyjna

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lubaczowie, ul. Adama Mickiewicza 45, 37-600 Lubaczów, e-mail: psse.lubaczow@sanepid.gov.pl, tel. 16 632 15 28
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: [justyna.ciechanowska@sanepid.gov.pl](mailto:justyna.ciechanowska@sanepid.gov.pl)
3. Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu:
  - a. wykonania badań laboratoryjnych,
  - b. obsługi realizacji zlecenia,
  - c. podjęcia działań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa sanitarnego.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego oraz realizacji badań laboratoryjnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz art.9 ust.2 lit. b ,h, i RODO w związku z art. 15a ust. 2 i art. 36 ust. 1 Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, art. 7 ust. 4, art. 29 oraz art. 29a Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celach, dla których zostały zebrane a następnie będą przechowywane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz z klasyfikacją wynikającą z jednolitego rzeczowego wykazu akt na podstawie Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r., tj. okres przechowywania wyników badań w systemie Rejestr badań wynosi 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w celu realizacji badań laboratoryjnych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji badania laboratoryjnego – odmowa podania danych uniemożliwi zrealizowanie zlecenia (wykonanie badania).
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania (poprawiania), usunięcia danych (nie dotyczy sytuacji, gdy przetwarzanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa), ograniczenia przetwarzania przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Z powyższych uprawnień można skorzystać bezpośrednio w siedzibie Administratora lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub kierując korespondencję do Administratora lub Inspektora Ochrony Danych Osobowych na adres e-mail podany w niniejszej klauzuli.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - to jest do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, telefon: 22 531 03 00.
7. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione jedynie odbiorcom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym usługi na rzecz administratora na podstawie umowy powierzenia.
8. Administrator nie będzie przekazywał danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji, w tym w formie profilowania.

.....  
(Data i podpis)