

Data .....

**Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Wieluniu  
 98-300 Wieluń ul. POW 14**

**ZLECENIE**

**badania laboratoryjnego z zakresu diagnostyki medycznej w Laboratorium Badań Epidemiologicznych**

Nazwisko i imię.....  K\*  M\*

Data urodzenia ..... PESEL

Adres..... tel. kontaktowy.....

Adres e-mail .....

Rodzaj materiału\*  krew  surowica  kał  wymaz z odbytu

**Dane kliniczne pacjenta:**

1. rozpoznanie .....
2. antybiotykoterapia\*  nie  tak (jakie).....

Rodzaj/kierunek badania.....

Materiał pobrany od\*  zdrowego  chorego  osoby ze styczności

Data i godzina pobrania próbek:

1. ....
  2. ....
  3. ....
- które badanie .....

Próbki pobrał\*  zleceniodawca  osoba badana zgodnie z **IR/L/LEp-12** wyd. 2 z dnia 10.11.2017r.

.....  
 imię i nazwisko osoby pobierającej materiał

Data i godzina dostarczenia próbek.....

Stan próbki\*  bez uwag  z uwagami.....

**Uzgodnienie warunków badań:**

1. Metody badań\*  
 zgodnie z ofertą badań/pomiarów na rok .....  
 zgodnie z metodyką.....
2. Wykorzystanie wyników badania\*  dla potrzeb własnych  dla potrzeb urzędowych
3. Forma przekazania/odbioru sprawozdania z badań\*  
 osobiście  
 osoba upoważniona do odbioru badania (po okazaniu stosownego upoważnienia).....
4. Forma płatności  przelew

Zleceniodawca upoważnia zleceniobiorcę do wystawienia faktury VAT bez podpisu.  
 Cena badania/pomiarów skalkulowana będzie na podstawie cennika obowiązującego w PSSE na dzień zawarcia umowy.  
*Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z cennikiem i akceptuję sposób rozliczenia ceny badania/pomiaru.*

**Uwagi:**

1. Informacje dotyczące zleczenia uzyskane w trakcie realizacji zleczenia posiadają klauzulę poufności.
  2. Laboratorium ma obowiązek zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych właściwemu organowi kontroli, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.)
  3. Klient ma prawo do reklamacji w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania sprawozdania.
  4. Dane osobowe klienta są gromadzone i przetwarzane wyłącznie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zleczenia (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) (Dz. Urz. UE L119 z 4.05.2016r. str.1). Istnieje prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawiania.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych

\* Właściwe zakreślić

.....  
 podpis przyjmującego zlecenie (czytelny)

.....  
 podpis zleceniodawcy (czytelny)  
 placówka zlecająca badanie  
 imię i nazwisko lekarza zlecającego badanie

### Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych\*

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (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) (Dz. U. UE L 2016.119, s.1) zwane dalej RODO - Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Wieluniu informuje, że:*

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Wieluniu, z siedzibą w Wieluniu przy ul. Polskiej Organizacji Wojskowej 14, 98-300 Wieluń, tel. 43 843 39 21, e-mail: [sekretariat.psse.wielun@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.psse.wielun@sanepid.gov.pl);
2. w Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Wieluniu wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod.psse.wielun@sanepid.gov.pl](mailto:iod.psse.wielun@sanepid.gov.pl) lub osobiście w siedzibie administratora danych osobowych;
3. dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zleconych badań, w przypadku gdy uzyskane wyniki wskazywać będą na zagrożenie zdrowia lub życia ludzi albo skażenia środowiska, powiadomiony zostanie właściwy Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wykonania zlecenia;
4. ma Pan/Pani prawo do dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ponadto przysługuje Panu/Pani prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania zadań z nimi związanych oraz zgodnie z przepisami regulującymi przechowywanie i archiwizowanie dokumentów;

\* informacja dotyczy niniejszego zlecenia, umowy i sprawozdania z badań.

.....  
podpis zleceniodawcy

### Dane rodzica niepełnoletniego dziecka

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury	
Imię .....	Nazwisko .....
Adres .....	
Podpis .....	