Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 21/Dyr./20 z dnia 26.08.2020 r.

**Znak sprawy ........................................... ………………………………. dnia ……………………….…………  
(*nr nadany przez WSSE Wrocław*)**

**Dział Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia**

**Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna**

**ul. Marii Curie-Skłodowskiej 73/77,**

**50-950 Wrocław**

e-mail: [zywienie@wsse.wroc.pl](mailto:zywienie@wsse.wroc.pl) , fax: 71-328 35 92, tel.: 71-328 14 17

**ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ wraz z pobraniem próbek**

**Dane klienta – zleceniodawcy:**

**Imię i nazwisko lub nazwa firmy…………………………………………………………………………………………………..………….…….  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..……...**

**Dokładny adres ……………………………………………………………………………………………………………………….….…………..…….**

**NIP …………………………………………………………….………………………………………………………………………………….……….......**

**Nr telefonu do kontaktu …………………………………………….……………………………………………………………….….……........…**

**Zlecam wykonanie badań mikrobiologicznych i/lub fizykochemicznych\* próbki żywności\* / materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością\***

**Cel badania: *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

**Kierunki badań …………………………………………………………………………………………………………..………………..…….…….……....  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..…………..………………………………………………………………………………………………………………………………..………………….……….…..….**

**Miejsce pobrania próbki (nazwa zakładu i adres) ……………………………………………………............................................  
………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….……...….....…**

**Nazwa i rodzaj próbki (skład) ……………………………………………………………………………………….……….............................  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…...…**

**Data produkcji …………………………………………………………………………………………………………………….…………..………..…..**

**Termin przydatności do spożycia/\* data minimalnej trwałości \*……………………………………..……………………..**

**Sprawozdanie z badań: z wydaniem orzeczeniem \*, bez orzeczenia\***

**- sposób przekazania: pocztą\*, odbiór osobisty\***

**Wyrażam zgodę na wycenę usługi według cennika obowiązującego w WSSE we Wrocławiu.**

**Forma płatności: przelew\*, gotówka (w kasie WSSE) \***

***\*właściwe podkreślić***

**……………………………………………**

***Pieczątka i podpis zleceniodawcy***

**………….................. dnia........................................**

**Oświadczenie**

1. Wyrażam zgodę na wykonanie badań metodami aktualnie stosowanymi w Dziale Laboratoryjnym oraz wycenę wykonanych badań wg cennika Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu dostępnego   
    na stronie internetowej: www.wsse.wroc.pl
2. W przypadkach niezbędnych do ochrony życia lub zdrowia udzielam zwolnienia z prawa poufności wyników badań zgodnie z obowiązującym prawem.
3. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:
4. **Administrator Danych Osobowych**

Administratorem danych osobowych będzie Dolnośląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny z siedzibą we Wrocławiu, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 73/77, 50-950 Wrocław.

Z administratorem można się kontaktować listownie – kierując korespondencję na adres siedziby, pisząc na adres poczty elektronicznej wsse@wsse.wroc.pl, poprzez elektroniczną skrzynkę podawczą e-PUAP: /7366flouh4/skrytka.

1. **Inspektor Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych (w tym korzystania z praw związanych z przetwarzaniem) pisząc na adres e-mail iod@wsse.wroc.pl.

1. **Cel przetwarzania i podstawa prawna**

Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania zleconych badań i dokonania rozliczeń finansowych.

Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia (UE) nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady 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 w związku z art. 36 ust. 3b pkt 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59 z późn. zm.)

1. **Odbiorcy danych osobowych**

Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

1. **Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat – jest to okres wynikający z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

Okres przechowywania rozliczeń finansowych, faktur wynika z artykułu 74 ustęp 2 oraz 3 Ustawy z dnia   
29 września 1994 r. o rachunkowości i wynosi 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, którego dane zbiory dotyczą.

1. **Prawa osób, których dane dotyczą**

Osoba której dane zebrano ma prawo dostępu do treści swoich danych, otrzymania ich kopii oraz ich poprawiania jeśli są błędne lub nieaktualne kontaktując się z nami:

* osobiście – w siedzibie przy ul. Marii Curie-Skłodowskiej 73/77 we Wrocławiu,
* przesyłając wniosek opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym na adres poczty elektronicznej wsse@wsse.wroc.pl,
* składając wniosek opatrzony podpisem kwalifikowanym lub profilem zaufanym na adres skrytki e-PUAP: /7366flouh4/skrytka.

Ponadto zgodnie z RODO przysługuje każdemu prawo do żądania od administratora ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jego danych, a także prawo do żądania ich usunięcia w sytuacji gdy przetwarzanie nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej.

1. **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Jeśli uzna Pani/Pan, że ww. dane osobowe przetwarzamy niewłaściwie, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, który ma siedzibę przy ul. Stawki 2,   
00-193 Warszawa.

1. **Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania uniemożliwi wykonanie zleconych badań.

1. Nie będziemy profilować danych osobowych oraz nie będziemy podejmować zautomatyzowanych decyzji w oparciu o przetwarzane dane osobowe.
2. Klient ma prawo do złożenia reklamacji/ skargi w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań.

**……………………………………………………….. ……………………………………………….**

***Imię i nazwisko składającego oświadczenie podpis składającego oświadczenie***