

.....  
Nazwa i adres jednostki i płatnika zgodne z KRS

NIP.....

REGON.....

Tel.....

Email: .....

.....  
Adres do wysłania faktury jeśli inny niż prowadzonej działalności

.....  
miejsowość data

**Wojewódzka Stacja  
Sanitarno-Epidemiologiczna  
w Bydgoszczy**  
ul. Kujawska 4, 85-031 Bydgoszcz

Wpis do Rejestru Wojewody Kujawsko-Pomorskiego  
pod numerem 000000023993 NIP: 953 11 08 025, REGON: 000 29 38 41  
Konto: NBP o/o Bydgoszcz 15 1010 1078 0078 2322 3100 0000  
tel. centrali: 52 376 18 00  
Punkt Przyjmowania Próbek i Wydawania Wyników: 52 376 18 61  
e-mail: [sekretariat.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl](mailto:sekretariat.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl)  
[www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz](http://www.gov.pl/web/wsse-bydgoszcz)

## Lista zbiorcza dla celów rozliczeniowych

związana ze zleceniem badań w kierunku **nosicielstwa pałeczek *Salmonella* i *Shigella*** od osób zdrowych  
(3 badania dla celów sanitarno-epidemiologicznych) dla:

1.	11.
2.	12.
3.	13.
4.	14.
5.	15.
6.	16.
7.	17.
8.	18.
9.	19.
10.	20.

Cel badań:  Podwykonawstwo badań (dotyczy jednostek służby zdrowia/ laboratoriów obsługujących pacjentów) –  
Pozycje nr: .....

W związku z pośrednictwem pracy/ badania pracownicze - Pozycje nr:.....

1. Wykonywanie badań odbywać się będzie na podstawie **indywidualnego pisemnego zlecenia pacjenta** do odbioru w siedzibie Zleceniobiorcy
2. Za wykonanie badań Zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie w wysokości **150,00 zł netto\*** (3 badania równocześnie) lub **50,00 zł netto\*** w przypadku pojedynczo dostarczanych próbek, płatne w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury, przelewem na konto Zleceniobiorcy. Za opóźnienie w zapłacie będą naliczone odsetki zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zleceniodawcy przysługuje prawo złożenia reklamacji w terminie 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań.
3. Wyrażam, zgodę na wysłanie faktury oraz listy przebadanych osób (imię i nazwisko) zaszyfrowanym plikiem drogą elektroniczną na wskazany powyżej **adres email**. Hasło do pliku zostanie przekazane na wskazany powyżej **numer telefonu**:

TAK

NIE

.....  
**Imię i nazwisko osoby sporządzającej listę**

.....  
**Czytelny podpis osoby przyjmującej listę w imieniu Zleceniobiorcy**

\* Usługa zwolniona z podatku VAT, podstawa prawna: PKWiU 86.90.15.0 Usługi świadczone przez medyczne laboratoria diagnostyczne art. 43 ust. 1, pkt. 18 Ustawy z dnia 11 marca 2004 o podatku od towarów i usług

INFORMUJĘ, że Administratorem Pani/a danych osobowych w związku ze sprawami załatwianymi Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy jest Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny z siedzibą przy ul. Kujawskiej 4 w Bydgoszczy, kod pocztowy: 85-031, a także podmioty, którym na podstawie obowiązujących przepisów Pani/a dane będą przekazywane. Pani/a dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z realizacją świadczenia usług. Przysługuje Pani/u prawo żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, przenoszenia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz cofnięcia zgody na ich przetwarzanie. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania może skutkować utrudnieniem lub uniemożliwieniem realizacji świadczenia usług. Więcej informacji, w tym o przysługujących Pani/u prawach dostępne jest na stronie internetowej <https://www.bip.pwibydgoszcz.pl> zakładka ochrona-danych lub u inspektora ochrony danych: [iod.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl](mailto:iod.wsse.bydgoszcz@sanepid.gov.pl)