...................................., dnia ............................

**Powiatowa Stacja**

**Sanitarno-Epidemiologiczna**

**w Złotoryi**

**WNIOSEK O WYDANIE KOPII / ODPISU WYNIKU BADAŃ**

Wniosek o wydanie kopii / odpisu wyniku badań bakteriologicznych w kierunku Salmonella  
i Shigiella przeprowadzonych przez Oddział Laboratoryjny Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Złotoryi:

imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………...

adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………….….…

nr PESEL: ……………………………………………… nr telefonu: …………………………………………..

data przeprowadzenia badań: ……………………………………………………………………………….….

Sposób odbioru kopii / odpisu wyników badań:

□ odbiór osobisty w siedzibie PSSE w Złotoryi\*

□ za pośrednictwem operatora pocztowego\* (w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny niż wskazany w niniejszym wniosku należy podać adres: …………………………………………………………………………………………..….)

□ drogą elektroniczną\* ……………………………………………………………………………………………

(adres poczty elektronicznej lub skrzynki ePAUP)

…………………………………………….

czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełniony wniosek należy złożyć **osobiście** w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Złotoryi (ul. Stanisława Staszica 22, 59-500 Złotoryja) w godzinach pracy urzędu tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 7:25 – 15:00.

Składający wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej ma obowiązek wylegitymowania swojej tożsamości poprzez okazanie dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem (paszportu, prawa jazdy).

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Złotoryi   
z siedzibą przy ul. Staszica 22, 59-500 Złotoryja, tel. 76 8783-433, e-mail: psse.zlotoryja@sanepid.gov.pl. Przetwarzane dane osobowe obejmują Pani/Pana dane identyfikacyjne (imię i nazwisko, dane adresowe oraz inne dane niezbędne do wykonania badania). Podanie danych jest dobrowolne, ale ich niepodanie uniemożliwi wydanie odpisu z badań. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Ma Pan/Pani również prawo wniesienia skargi do Głównego Inspektor Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych. Klient wyraża zgodę na przetwarzanie wyników do celów statystycznych w warunkach zachowania poufności i ochrony danych osobowych. Klient wyraża zgodę na nieprzedstawianie stwierdzenia zgodności z wymaganiami/specyfikacją.