

ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ W LABORATORIUM MIKROBIOLOGII I PARAZYTOLOGII

nr OL-B.907.

Zleceniodawca:

Nazwisko i imię badanego: ,

K*	M*
----	----

Adres

Data urodzenia: PESEL*/ nr paszportu*:

Materiał pobrany od* : chorego, ozdrowieńca, osoby ze styczości, nosiciela, zdrowego

Kod próbki:

Data i godz. pobrania materiału: 1
2
3

Rodzaj materiału /metoda badawcza:

- kał do badań mikrobiologicznych/ wg PB –01/B
- kał do badań parazytologicznych/ wg PB-04/B* [N]
- wymaz okołoodbytniczy/ wg PB-04/B* [N]

Kliniczne rozpoznanie:

Próbkę pobrał*: badany/inna osoba

Badanie wykonane zostanie zgodnie z aktualnymi Procedurami Badawczymi. Wykaz metod badań dostępny jest na stronie internetowej (<https://www.gov.pl/web/psse-leszno>) i w rejestracji LMiP, wg cennika obowiązującego w dniu dzisiejszym. Laboratorium zobowiązuje się do zachowania poufności wszystkich informacji uzyskanych lub wytworzonych podczas realizacji działalności laboratoryjnej.

W przypadku uzyskania wyniku dodatniego Laboratorium zobowiązane jest do powiadomienia właściwego PPIS.

Zleceniodawca/badany ma prawo do złożenia skargi na wykonanie usługi. Wszelkie sprawy sporne wynikłe z wykonania umowy będą rozstrzygane przed sądem powszechnym właściwym dla PSSE w Lesznie.

Próbki do badań pobrano i dostarczono zgodnie z instrukcją: I-01/R11.

Termin realizacji zlecenia 5 dni roboczych. Sposób odbioru wyniku: odbiór osobisty

Data i godz. przyjęcia zlecenia

Podpis przyjmującego zlecenie

Podpis badanego

* właściwe podkreślić

[N] – badanie nie jest zamieszczone w zakresie akredytacji PCA nr AB 609

Oświadczenie

(wypełnia tylko zlecający, będący osobą fizyczną)

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781 tekst jednolity) potwierdzam, że przed złożeniem powyższego zlecenia na wykonanie badań laboratoryjnych zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem danych, które podałem/am w w/w zleceniu staje się Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lesznie przy ul. Niepodległości 66, 64-100 Leszno.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontaktować można się w następujący sposób:
 - a. listownie - pod adresem: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lesznie, ul. Niepodległości 66, 64-100 Leszno z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych Osobowych
 - b. telefonicznie - dzwoniąc pod numer 65 526 15 15
 - c. mailowo - pisząc na adres iod.psse.leszno@sanepid.gov.pl
3. Dane osobowe podaję dobrowolnie i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w ramach PSSE w Lesznie w celu: jednoznacznego identyfikowania próbek, uwiarygodnienia wszelkich innych danych przekazanych w zleceniu, wystawienia faktury/rachunku za przeprowadzone badania oraz ewentualnego nawiązania współpracy podczas wykonywania badań.
4. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat lub określony przepisami prawa.
5. Przekazane dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym przez przepisy prawa lub zlecającego.
6. Mam prawo do:
 - a. wglądu do swoich danych,
 - b. zmiany swoich danych, ich sprostowania lub usunięcia,
 - c. wycofania zgody na przetwarzanie danych lub jej ograniczenia,
 - d. przeniesienia danych do innego administratora danych,
 - e. wniesienie sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - f. wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych bezpośrednio mnie dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781 tekst jednolity)
7. Sprawozdanie z badań należy odebrać osobiście lub przez osobę upoważnioną. Upoważnienie powinno zostać sporządzone w formie pisemnej przez klienta w obecności pracownika PSSE.

.....
(data i czytelny podpis zleceniodawcy lub jego przedstawiciela)

Upoważnienie

Ja niżej podpis/a upoważniam Pana/Panią legitymującego się dokumentem tożsamości numer.....seria.....do odbioru w/w sprawozdania z badań.

.....
(data i czytelny podpis zleceniodawcy lub jego przedstawiciela)