

Strzelin, dnia.....

Imię i nazwisko.....

PESEL / data urodzenia.....

Adres.....

Telefon.....

W N I O S E K

**Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna
w Strzelinie ul. Mickiewicza 18, 57-100 Strzelin
57-100 Strzelin**

Proszę o wydanie odpisu wyników badań na nosicielstwo bakterii *Salmonella/Shigella*.

Wyniki badań odbierałam/łem w roku..... miesiącu.....

Odpis wyników odbiorę osobiście / odbierze osoba upoważniona

imię i nazwisko osoby upoważnionej.....

nr dowodu osobistego os. upoważnionej.....

Informacja dla wnioskodawcy:

Za wydanie odpisu wyników badań pobierana jest opłata w wysokości **15,00 zł. (piętnaście złotych)** zgodna z ustaloną w Zarządzeniu Dyrektora PSSE nr 02/DYR./24. z dnia 18 września 2024r.

Sposób płatności:

Przedpłata przelewem na rachunek bankowy **05 1010 1674 0017 9122 3100 0000**.

Tytuł przelewu: *Odpis sprawozdania z badań nazwisko i imię osoby badanej (po otrzymaniu informacji, że wynik jest w posiadaniu PSSE)*

Przy odbiorze odpisu należy przedłożyć wydrukowane potwierdzenie przelewu.

Termin sporządzenia odpisu sprawozdania do **7 dni roboczych**

Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych dostępnych w Punkcie Przyjmowania Próbek.

Udostępnił: (data, podpis)

Potwierdzam odbiór (data, podpis)

.....

.....

