

**UZGODNIENIE ZLECENIA NR .....****Dane pacjenta**Nazwisko i imię..... data urodzenia..... płeć  K  M

Adres..... PESEL.....

**Badania:** - nosicielstwo pałeczek jelitowych Salmonella i Shigella (...- krotne badanie)- ogólna flora bakteryjna,  - badanie osoby chorej,  - antybiogram**Cel badania:** - potrzeby własne -potrzeby urzędowe**Uzgodnienie warunków badań:** Metody badań- PB/L-21 wyd.... - PB/L-07 wyd.... - PB/L-08 wyd....  - PB/L-09 wyd....- inne metody (wymienić jakie) .....**Forma płatności :** - przelew - gotówka w kasie PSSE w Łodzi -inne .....**Odbiór wyników (po opłaceniu faktury) w punkcie przyjmowania próbek kału przez:**- zleceniodawca - wskazana, upoważniona osoba.....**Rodzaj materiału do badania:** - próbka kału - wymaz z odbytu

Oświadczam, że zapoznałem się z cennikiem i z instrukcją IR/L/LSJ-44 wyd.3 i akceptuję w/w uzgodnienia.

**Uwagi :****1. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L. 119 z 04.05.2016, str. 1) - zwanego dalej "RODO", informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi ul. Przybyszewskiego 10;
- 2) w Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej w Łodzi wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem: iod@psselodz.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania umowy której jest Pani /Pan stroną .
- 4) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji umowy i roszczeń z nich wynikających.
- 6) posiada Pani/Pana prawo żądania dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie ;
- 7) posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie narusza przepisy RODO;
- 8) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy i jej realizacji. Jest Pani/Pan zobowiązana/-y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych bądź cofnięcia zgody będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy i jej realizacji .
- 9) przetwarzanie podanych przez Panią/Pana danych osobowych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO;

Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z powyższą klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE ) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych ) ( Dz.Urz.UE L.119 z 04.05.2016,str.1) zwanego dalej "RODO" wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, daty urodzenia/PESEL oraz adresu, przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Łodzi będącego Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi, w celu zawarcia i wykonania umowy dotyczącej laboratoryjnych badań do celów sanitarno-epidemiologicznych. Zgodnie z art. 7 ust. 3 RODO zgoda udzielona na przetwarzanie danych osobowych może być wycofana w formie oświadczenia na piśmie w dowolnym czasie, nie wpływa to jednak na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

**2.**Laboratorium zastrzega sobie prawo do informowania właściwego organu kontroli w przypadku stwierdzenia w trakcie badań zagrożenia dla życia, zdrowia lub środowiska .**3.**Pobranie i transport próbki zgodnie z instrukcją laboratorium IR/L/LSJ-44 wyd.3.**Podpis przyjmującego zlecenie****Podpis zleceniodawcy**