Część **A**

.....
(miejscowość, data)

## PROTOKÓŁ POBRANIA / ~~PRZYJĘCIA~~* PRÓBKI DO BADAŃ MIKROBIOLOGICZNYCH NR ..... /M

1. **Imię i nazwisko osoby badanej:** .....
   adres zamieszkania .....
2. Data urodzenia: ..... PESEL** | | | | | | | | | | | PŁEĆ: K/M*
3. Podstawa badania: **Zlecenie nr EPL.432-1- /2019**
4. Kierunek badania: nosicielstwo pałeczek Salmonella-Shigella u osób zdrowych
5. Rodzaj próbki: wymaz z kału
6. Próbka pobrana od: zdrowego / ~~chorego / ozdrowieńca / nosiciela / osoby ze styczności~~*
7. Próbkę pobrał: osoba badana / ~~zleceniodawca / zleceniobiorca~~*
8. Ilość próbek: 3
9. Data i godzina poboru próbki: 1) ..... 2) ..... 3) .....
10. Pobieranie i transport próbki: wg IB-EPL-01 wydanie 6 z dnia 31.12.2012 r.

    Uwagi: .....
    .....

.....
Osoba pobierająca/~~przyjmująca~~* próbkę
(imię i nazwisko)

Część **B**

## POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA PRÓBKI DO LABORATORIUM

1. Data przyjęcia: .....
2. Identyfikator próbki: **$SS_z$** .....
3. Stan próbki: prawidłowy / nieprawidłowy*

   .....
   .....

.....
Osoba przyjmująca próbkę
(imię i nazwisko)

* niepotrzebne skreślić
** w przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL należy podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

**Próbki przyjmujemy od poniedziałku do czwartku, od godz. 7:30 do godz. 12:00**
**Koszt badania: 96,00 zł (płatne w dniu dostarczenia próbek do badania)**

## Klauzula informacyjna (RODO)

Zgodnie z art. 13 *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), zwanego dalej RODO, informujemy, że:*

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 27 w Ciechanowie, kod pocztowy 06-400, e-mail: ciechanow@psse.waw.pl., telefon: (23) 672 33 13, (23) 672 41 63
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Mariusz Frątczak, ul. Sienkiewicza 27 w Ciechanowie, kod pocztowy 06-400, pokój nr 1, e-mail: oc.ciechanow@psse.waw.pl, telefon: (23) 672 33 13, (23) 672 41 63 wew. 30
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania badań laboratoryjnych, na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO.
4. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości wykonania badań laboratoryjnych. Ponadto informujemy, że w przypadku uzyskania dodatnich wyników badań, zgodnie z ustawą z dnia 05.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j., Dz. U. 2018, poz. 151), laboratorium ma obowiązek zgłoszenia ich do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
6. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
8. Przekazane dane osobowe będą przechowywane w okresach czasu określonych w Instrukcji Kancelaryjnej PSSE w Ciechanowie na podstawie: Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. 2018, poz. 217) oraz rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej (Dz. U. 2015, poz.1743, z późn. zm.). (20/22 lata)

   Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb działalności PSSE w Ciechanowie. Zostałem poinformowany/a, że przysługuje mi prawo do wglądu i poprawiania treści swoich danych osobowych oraz wycofania zgody.
   (dotyczy osób fizycznych)

.....
*(Czytelny podpis i data)*

* dla osób poniżej 18-go roku życia zgodę wyraża opiekun ustawowy, tj. rodzic lub opiekun prawny