Narodowy Instytut Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowy Instytut Badawczy
Oddział w Gliwicach
ul. Wybrzeża Armii Krajowej 15

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO – SARS-CoV-2 RNA

do Zakładu Analityki i Biochemii Klinicznej
Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Gliwicach

Gliwice, dnia ……

Nazwisko i imię: .....

PESEL:												*

* lub nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: ……..……..……

ulica .....nr ..... kod / miejscowość .....

tel. komórkowy: ..... tel. stacjonarny: .....

e-mail: .....

Dane do faktury (jeśli wymagana):

Nazwisko i imię: .....

Nazwa firmy: ……..…….

ulica .....nr ..... kod / miejscowość .....

NIP:				-				-			-		

Proszę o wydanie wyniku w języku angielskim ☐

Wynik w języku angielskim może zawierać nr dowodu osobistego lub paszportu (jeśli podano na zleceniu)

Oświadczenie

Ja niżej podpisany, oświadczam:

Zostałem (-a) poinformowany (-a), że: Administratorem danych osobowych jest Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, 44 – 102 Gliwice, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15. Dane kontaktowe Inspektora ochrony danych: Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, 44 – 102 Gliwice ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15, tel: (32) 2789185. Dane pacjentów przetwarzane będą w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podanie danych jest obowiązkowe zgodnie z w/w przepisami. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa. Dokumentacja medyczna będzie przechowywana przez okres zdefiniowany w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podającemu przysługuje prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania, z wyjątkiem poprawiania danych medycznych. Jeśli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wyrażonej przez osobę zgody, ma ona prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz cofnięcia zgody. W przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.	…….. podpis pacjenta
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych w celu poinformowania mnie za pośrednictwem telefonii stacjonarnej/komórkowej, poczty tradycyjnej/ elektronicznej o wyniku badania. *Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z RODO zostałem/am poinformowany/a o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie dostępu, sprostowania danych, usunięcia, ograniczenia przetwarzania i prawie do przenoszenia danych, oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom*	…….. podpis pacjenta

Wypełnia laboratorium:

Rodzaj pobranego materiału:
- wymaz z gardła i nosa ☐ - wymaz z nosogardzieli ☐

.....	……	……..…
data i godz. pobrania materiału do badań	czytelny podpis osoby pobierającej	data i godz. przyjęcia materiału do laboratorium podpis osoby przyjmującej