

**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

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany, oświadczam:

<p>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.</p>	..... podpis pacjenta
<p>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.  <i>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</i></p>	..... 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