

PROSZĘ WYPEŁNIĆ ZLECENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane pacjenta

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

PESEL:

(w przypadku braku PESEL - seria i numer oraz rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Płeć: M K Telefon:

Adres zamieszkania:

Ulica i numer domu/mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

Zlecam wykonanie badania

WYMAGANA data i godzina pobrania materiału:

Rodzaj materiału:

Podpis osoby pobierającej

- Badanie w kierunku nużeńca (*Demodex folliculorum*)
- Badanie mykologiczne zmian skórnych (dermatofity, grzyby pleśniowe oraz drożdżopodobne, w tym rodzaju *Candida*)
- Posiew półilościowy (bakterie i grzyby pleśniowe oraz drożdżopodobne, w tym rodzaju *Candida*)

Numery badań

Odbiór wyniku

wersja elektroniczna na adres e-mail (0 zł):

W celu wysyłki wyniku mailem wymagany uzupełniony PESEL.

wersja elektroniczna dla lekarza/ innego specjalisty na adres e-mail (0 zł):

wysyłka pocztą (dodatkowo płatna - 15 zł)

osobisty (0 zł)

przez upoważnioną osobę (0 zł)

Imię i nazwisko

Seria i numer dowodu osobistego

Forma płatności

gotówka

karta

przelew

PayU

Nr zamówienia e-sklep:

Dokument sprzedaży

paragon

faktura

Dane do faktury:

Firma/Imię i nazwisko

NIP

Ulica i nr domu/mieszkania

Kod pocztowy i miejscowość

Poniższą część wypełnia Instytut Mikrobiologii

Rodzaj materiału:

- wymaz
- rzęsy/ brwi
- zeszkrobiny/ łuski skórne

Sposób dostarczenia:

- osobiście
- poczta/kurier

**Data i godzina
przyjęcia materiału:**

Uwagi laboratorium:

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 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 (dalej: RODO), a także zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity - Dz.U. z 2015 r., poz.2135 ze zm), **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Mikrobiologii sp. z o.o. w Poznaniu (60-129), ul. Sielska 10, tel. 061 862 63 15.** Z inspektorem ochrony danych osobowych może Pani/Pan się skontaktować drogą elektroniczną na **e-mail: inspektor.danych@instytut-mikroekologii.pl**. Dane osobowe są przetwarzane w celach realizacji umowy o wykonania badania oraz wykonywania przez administratora obowiązków wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dane osobowe będą przechowywane w czasie obowiązywania umowy i przez okres 20 lat po jej zakończeniu. Instytut Mikrobiologii informuje, że ma Pani/Pan prawo do żądania od Instytut Mikrobiologii dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w granicach dopuszczalnych przez prawo. Instytut Mikrobiologii informuje także, że ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie poniższych danych: 1) dane pacjenta: a) imię i nazwisko, b) data urodzenia, c) miejsce zamieszkania, d) płeć, e) numer PESEL, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, f) numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych); 2) pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie lub imię i nazwisko oraz seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość innej osoby upoważnionej do zlecenia badania; 3) dane jednostki zlecającej badanie; 4) miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku badania; 5) rodzaj materiału i jego pochodzenie; 6) zlecone badanie; 7) data i godzina pobrania materiału do badania; 8) dane osoby pobierającej materiał do badania; 9) istotne kliniczne dane pacjenta, są **wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Brak podania którejkolwiek z ww. danych skutkuje niemożnością zawarcia umowy o przeprowadzenie badania.**

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, że zapoznałam/-em się z informacjami dotyczącymi zleconych badań oraz otrzymałam/-em satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania i wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu.

WYMAGANY podpis osoby zlecającej badanie. Brak podpisu będzie skutkowało niewykonaniem zleconych badań.

Miejscowość, data

Czytelny podpis

Data i godzina pobrania materiału

Dodatkowe zgody

- Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich wyników **do celów naukowych, z zachowaniem warunków anonimowości.**

Miejscowość, data

Czytelny podpis

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Mikrobiologii Sp. z o.o. w Poznaniu, przy ul. Sielskiej 10, w celu przekazywania informacji handlowych i marketingowych.

Zapoznałam/-em się z pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych i możliwości poprawiania. Jestem świadoma/świadom, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkowało będzie usunięciem mojego adresu e-mail z listy dystrybucyjnej przekazywania informacji handlowych i marketingowych.

Adres e-mail

Miejscowość, data

Czytelny podpis

