

**ZGODA PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA WYKONANIE BADANIA
LABORATORYJNEGO**

Dotyczy badania:

Proszę uzupełnić rodzaj badania/nazwę badania

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Pięć ostatnich liczb numeru PESEL:

Ja, niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi zleconych badań, w tym o przeciwwskazaniach oraz otrzymałem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania i wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu.

Wymagania ustawowe związane z wykonywaniem badań oraz klauzula RODO znajdują się na stronie: <https://instytutmikroekologii.pl/przetwarzanie-danych-pacjenci/>

**UWAGA: WYMAGANY PODPIS OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE (PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO).
BRAK PODPISU BĘDZIE SKUTKOWAŁ NIEWYKONANIEM ZLECONEGO BADANIA**

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis

Wypełniony i podpisany formularz prosimy przesłać na adres: laboratorium@instytut-mikroekologii.pl