



ZLECENIE NA BADANIE RNA SARS-CoV-2

Narodowy Instytut Leków

00-725 Warszawa, ul. Chełmska 30/34

WYPEŁNIA KLIENT

Podmiot zlecający
(adres, oddział, telefon, fax)

Data: _ . _ . _ . _ . _ . _ . r.

Nr zlecenia:

Zleceniodawca:

NFZ

indywidualnie

Biuro podróży

*NAZWISKO: *IMIĘ:
(wypełnić drukowanymi literami)

*PESEL : Data urodzenia: _ . _ . _ . _ . _ . _ . r.

*ADRES ZAMIESZKANIA

Tel. kontaktowy:

*PŁEĆ: K M

WYNIK ZOSTANIE PRZESŁANY NA ADRES E-MAILOWY.....

CERTYFIKAT W JĘZYKU ANGIELSKIM

Miejsce urodzenia:
(miasto/państwo)

Nr dokumentu okazywanego na granicy: - - - - -

Dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku (jeżeli planowane):

Nazwisko i imię: Tel. kontaktowy:.....

*Wyrażam zgodę na pobranie materiału klinicznego w celu diagnostycznym i naukowym oraz wykonanie badania laboratoryjnego.

*PODPIS PACJENTA

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, płci, daty i miejsca urodzenia, PESEL, adresu zamieszkania, adresu e-mail, numeru telefonu, oraz numeru dokumentu okazywanego na granicy niezbędnych do realizacji Zlecenia na badanie RNA SARS-CoV-2 w Narodowym Instytucie Leków.

W związku z obowiązkiem wynikającym z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, określanego jako RODO, informujemy, że:

- 1.Administratorem przekazanych danych jest Narodowy Instytut Leków z siedzibą w Warszawie, przy ulicy Chełmskiej 30/34.
- 2.Z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych może się Pani/Pan skontaktować pod adresem: iod@nil.gov.pl.
- 3.Dane będą przetwarzane w celu realizacji Zlecenia na badanie RNA SARS-CoV-2 w Narodowym Instytucie Leków.
- 4.Dane osobowe będą przekazywane Ministerstwu Zdrowia.
- 5.Na podstawie art.6 ust.2. pkt.1 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2016 r. poz. 1506 ze zm.) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji Zlecenia i archiwizacji dokumentacji, zgodnie z przypisaną kategorią archiwalną, lub do chwili wygaśnięcia roszczeń.
- 6.Podanie danych jest dobrowolne, ale wymagane do realizacji Zlecenia, zaś ich niepodanie będzie skutkowało niemożliwością realizacji.
7. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
- 8.Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 9.Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO.

*PODPIS PACJENTA

WYPEŁNIA LABORATORIUM

RODZAJ MATERIAŁU:

- wymaz z nosogardła
 wymaz z gardła + nosa (w kolejności gardło, nos)
 inny

	Data	Godzina	Podpis
Pobranie materiału			
Przyjęcie materiału do laboratorium			

*Poła bezwzględnie wymagane, w przypadku braku wypełnienia próbka nie zostanie przyjęta na badanie