# **ZLECENIE NA WYKONANIE ODPISU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ**

# **nr…………………………………………………………………….. data .....................................**

#

**Zleceniodawca: ...................................................................................................................................................................................**

 **....................................................................................................................................................................................**

**Imię i nazwisko/ nazwa instytucji/ adres/NIP**

**Zleceniobiorca:** Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie, 31-202 Kraków, ul. Prądnicka 76
 NIP: 677-10-27-767, Regon: 000297394

|  |  |
| --- | --- |
|   | Oddział Laboratoryjny Mikrobiologii Klinicznej, ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków |
|  | Oddział Laboratoryjny w Tarnowie, ul. Mościckiego 10, 33-100 Tarnów |

**Zlecam wykonanie odpisu sprawozdania z badań** **w kierunku:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane badanego:** telefon kontaktowy …………………………………………………

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko:**….…………………………….……….…..……………………………………………………………..…………..**Data urodzenia**:……………………………… **Płeć\***: K M **PESEL:** Numer identyfikacyjny pacjenta (paszport dla obcokrajowca lub inny dokument tożsamości podawany w przypadku braku numeru PESEL) ……….…………………………………………………………………………………………………………………..……**Miejsce zamieszkania**: kod ………………………..…. Miejscowość ………………………………………………………………. |

 Ulica …………………………………………………………………….…. Nr domu ……………… Nr mieszkania……… …….… |

**Data wykonania badania**………………………………………………………………………………………………………………. (podać co najmniej miesiąc i rok)

**Cena za wykonanie odpisu sprawozdania z badań wynosi ….. zł**

Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w przypadku udostępniania pacjentowi dokumentacji medycznej po raz pierwszy nie pobiera się opłaty

1. **Osoba fizyczna i instytucja - Płatne przelewemna rachunek bankowy WSSE w Krakowie**
**Nr konta:** 85101012700037082231000000 **Ze zleceniem proszę dostarczyć dowód przelewu**
2. **Instytucja posiadająca umowę z WSSE w Krakowie - Płatne przelewemna rachunek bankowy WSSE w Krakowie**
**Nr konta:** 85101012700037082231000000 na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie określonym w umowie.

**Faktura VAT (zaznaczyć właściwe) – TAK NIE**

**Dane do faktury VAT: nazwa, adres, nr NIP** *(wypełnić tylko wtedy gdy adres inny niż podany wyżej adres Zleceniodawcy)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Zleceniodawca oświadcza, że**:1. Zapoznał się z ceną za odpis sprawozdania z badań, zgodną z załącznikiem do Zarządzeniem Dyrektora WSSE w Krakowie „Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej” i w tym zakresie nie wnosi zastrzeżeń
2. Został poinformowany o terminie wykonania odpisu sprawozdania z badań
3. Został poinformowany, że przetwarzanie danych przez Państwową Inspekcję Sanitarną dla celów sanitarno-epidemiologicznych będzie zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych
4. Został poinformowany, że w przypadku zastrzeżeń do zrealizowanego zlecenia ma prawo wnieść skargę do Dyrektora WSSE w Krakowie ul. Prądnicka 76, 31-202 Kraków
5. Podane w zleceniu dane są zgodne z prawdą
6. Został poinformowany, że dane zawarte w odpisie sprawozdania z badań są zgodne z danymi przechowywanymi w laboratorium i nie mogą być zmieniane.

  …………………………………………….……………  **Data/** **Podpis Zleceniodawcy** |

 Do odbioru sprawozdania z badań upoważniam: ……………………………………………………………

 **(imię i nazwisko, PESEL)**

……..…………………………………………………………..

**Data/Potwierdzam odbiór odpisu sprawozdania z badań**

**(dotyczy tylko odbioru w Krakowie, przy ul. Prądnickiej 76)**