……………………………………………………….. Gorzów Wlkp., dn.

*Imię i nazwisko*

…………………………………………………………

*Pesel/data urodzenia*

………………………………………………………..

Adres:

………………………………………………………..

*Tel. kontaktowy*

**Wojewódzka Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Gorzowie Wlkp.**

**ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B**

**66-400 Gorzów Wlkp.**

Zwracam się z prośbą o wydanie odpisu sprawozdania z badań w kierunku nosicielstwa pałeczek Salmonella i Shigella do celów sanitarno -epidemiologicznych.

Data wykonania badania ……………………………………………………………………………………

*(należy podać co najmniej miesiąc i rok)*

Przyjmuję do wiadomości, że:

1.Termin sporządzenia odpisu z badań – do 3 dni roboczych

2.Sposób przekazania odpisu z badań: osobiście/przedstawicielowi Zleceniodawcy⃰⃰⃰ ⃰

po dokonaniu opłaty za wydanie odpisu

Zleceniodawca oświadcza, że:

- Zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Wojewódzką Stację Sanitarno - Epidemiologiczną w Gorzowie Wlkp., ul. Kazimierza Jagiellończyka 8B w celu wydania odpisu ze sprawozdań z badań

- Podaje dane dobrowolnie i oświadcza, że są one zgodne z prawdą

- Zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej w tym informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawienia

⃰ ⃰ niepotrzebne skreślić

…………………………………………. data, czytelny podpis Zleceniodawcy