

**SARS-CoV-2**   
**wirusem Grypy A,B**

Dane Pacjenta									
Nazwisko:					Imię:			Płeć	
PESEL			Data urodzenia						
Rodz. dokumentu			Nr dok.		Narodowość				
Tel.kontaktowy			e-mail						
Adres ulica ..... nr domu ..... powiat..... Kod pocztowy ..... miejscowość.....									
<b>Zlecający (jeśli nie jest nim pacjent)</b>									
Nazwisko:					Imię				
PESEL :									
Adres / pieczętka									
Tel. kontaktowy			e-mail						
Zlecający potwierdza, że ma prawo do stanowienia w imieniu nieletniego na podstawie art. 98 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego									
data .....					podpis .....				

Materiał do badań: wymaz z jamy nosowo gardłowej  wymaz z jamy ustno-gardłowej

Wynik w języku j. polskim  j. angielskim

Faktura tak/nie Płatne gotówka/karta/przelew\* 350zł  480zł

NIP: .....

.....  
Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej/pieczętka podpis lekarza

Zawód medyczny

Nie dotyczy   
Lekarz   
Pielęgniarka   
Ratownik med.   
Inny zaw. med.

.....  
**Miejscowość Data i godzina pobrania**

.....  
**Nazwisko i imię  
pobierającego**

.....  
**Podpis/pieczętka pobierającego**

Wyrażam/nie wyrażam zgodę na anonimowe użycie materiału do badań naukowych (niepotrzebne skreślić)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Genetyki Człowieka PAN, ul. Strzeszyńska 32, 60-479 Poznań. Państwa dane będą przetwarzane w celu zlecenia badań zakażenia wirusem SARS-CoV-2, ewentualnie do celów badań naukowych. Prosimy o zapoznanie się z przysługującymi Pani/Panu uprawnieniami oraz pełną treścią obowiązku informacyjnego dostępnego pod adresem: <http://bip.igcz.poznan.pl/wp-content/uploads/2020/08/Obowi%C4%85zek-Informacyjny-Laboratorium-Diagnostyki-COVID-19.pdf>

W przypadku pytań lub wątpliwości co do zakresu przetwarzania Twoich danych przez Administratora zalecamy kontakt z IOD – panem Rafałem Andrzejewskim iod@igcz.poznan.pl, +48 504976690.

.....  
**Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej**

Wyrażam świadomą zgodę, że pracodawca będzie miał  
wgląd w kartę zlecenia pobrania i wynik badania

.....  
**Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej**

Dodatni wynik badania zostanie przekazany do właściwego Oddziału Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej

\* wynik wydawany po zaksięgowaniu przelewu

Podpis kasjera ..... nr paragonu .....