



ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

Kod do
rejestracji

Nazwa badania:

Materiał badany:

Data pobrania materiału:

Wypełnia Zleceniodawca (pełnoletni pacjent lub rodzic/opiekun prawny pacjenta niepełnoletniego)

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W przypadku braku numeru PESEL:

Data urodzenia: Płeć:

E-mail do wysyłki wyniku:

Telefon kontaktowy:

Istotne dane kliniczne:

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Masdiag Sp. z o.o. w celu rejestracji i wydania wyników wykonanych badań, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna prawnego

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Masdiag Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (01-882) przy ulicy Żeromskiego 33.

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez nas jako Administratora na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu rejestracji pacjenta oraz w celu wydania wyniku.

Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych do innego administratora danych oraz do wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego właściwego dla ochrony danych osobowych lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej danych osobowych znajduje się na stronie: www.masdiag.pl w zakładce „Kontakt”.