



Zlecenie badania ilość komórek limfocytów T aktywowanych przez antygen wirusa SARS-CoV-2

Dane Pacjenta					
Nazwisko:		Imię:		Płeć:	
PESEL		Data urodzenia			
Typ dokumentu:		Numer:		Narodowość:	
Tel. kontaktowy		e-mail			
Adres ulicanr domu powiat.....					
Kod pocztowy miejscowość.....					
Data szczepienia:		I		Data zakażenia SARS-CoV-2:	
		II			
Zlecający (jeśli nie jest nim pacjent)					
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		

Wynik w języku j. polskim j. angielskim

Faktura tak/nie Płatne gotówka /przelew*

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

.....
Miejscowość Data i godzina pobrania

.....
Nazwisko 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

Podpis

kasjera Numer paragonu.....

* wynik wydawany po zaksięgowaniu przelewu