

**Oświadczenie pacjenta powierzającego materiał biologiczny**

Ja, poniżej podpisana/y.....

*imię i nazwisko, PESEL\* PACJENTA,**telefon kontaktowy pacjenta***upoważniam***imię i nazwisko, dane kontaktowe OSOBY UPOWAŻNIONEJ*

TAK / NIE do dostarczenia w moim imieniu mojego materiału biologicznego do Punktu Pobrań Szpitala Kopernika w Łodzi celu zlecenia i wykonania badań w materiale powierzonym

miejsowość, data

czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego  
udzielającego upoważnienia

telefon kontaktowy pacjenta\*\*

\* - w przypadku braku numeru PESEL należy podać typ i numer dokumentu tożsamości Pacjenta

\*\* - podane dane będą wykorzystane przez Szpital w sytuacji uzyskania wyniku alarmowego. Brak danych kontaktowych uniemożliwi przekazanie tej informacji i może skutkować sytuacją zagrażającą życiu lub zdrowiu pacjenta.

**Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że:**

- Administratorem moich danych osobowych zawartych w przekazanych dokumentach jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, zwane dalej Szpitalem.
- Dane kontaktowe Szpitala: 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62, tel.: +48 42689 5000, e-mail: szpitalkopernik.lodz.pl.
- Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania danych prosimy je kierować listownie na adres Szpitala lub mailowo do Inspektora Ochrony Danych Pana Tomasza Zdzenickiego ([iod@kopernik.lodz.pl](mailto:iod@kopernik.lodz.pl)). Pełna klauzula informacyjna jest dostępna na stronie internetowej Administratora: [www.kopernik.lodz.pl/RODO](http://www.kopernik.lodz.pl/RODO)

Wydanie I  
Data obowiązywania:Opracował: Jakub Olba  
Strona 1 z 1**Oświadczenie pacjenta powierzającego materiał biologiczny**

Ja, poniżej podpisana/y.....

*imię i nazwisko, PESEL\* PACJENTA,**telefon kontaktowy pacjenta***upoważniam***imię i nazwisko, dane kontaktowe OSOBY UPOWAŻNIONEJ*

TAK / NIE do dostarczenia w moim imieniu mojego materiału biologicznego do Punktu Pobrań Szpitala Kopernika w Łodzi celu zlecenia i wykonania badań w materiale powierzonym

miejsowość, data

czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego  
udzielającego upoważnienia

telefon kontaktowy pacjenta\*\*

\* - w przypadku braku numeru PESEL należy podać typ i numer dokumentu tożsamości Pacjenta

\*\* - podane dane będą wykorzystane przez Szpital w sytuacji uzyskania wyniku alarmowego. Brak danych kontaktowych uniemożliwi przekazanie tej informacji i może skutkować sytuacją zagrażającą życiu lub zdrowiu pacjenta.

**Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że:**

- Administratorem moich danych osobowych zawartych w przekazanych dokumentach jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, zwane dalej Szpitalem.
- Dane kontaktowe Szpitala: 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62, tel.: +48 42689 5000, e-mail: szpitalkopernik.lodz.pl.
- Jeśli mają Państwo pytania dotyczące przetwarzania danych prosimy je kierować listownie na adres Szpitala lub mailowo do Inspektora Ochrony Danych Pana Tomasza Zdzenickiego ([iod@kopernik.lodz.pl](mailto:iod@kopernik.lodz.pl)). Pełna klauzula informacyjna jest dostępna na stronie internetowej Administratora: [www.kopernik.lodz.pl/RODO](http://www.kopernik.lodz.pl/RODO)