

## Zgoda na pobranie materiału biologicznego i wykonanie badań diagnostycznych

### 1. Dane pacjenta małoletniego/niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL / DATA URODZENIA	

### 2. Dane przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego pacjenta

IMIĘ I NAZWISKO	
DANE KONTAKTOWE (ADRES ZAMIESZKANIA)	
TELEFON KONTAKTOWY	

### ZGODA NA POBRANIE MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO I WYKONANIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

#### 1. Wypełnia przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny pacjenta

WYRAŻAM ZGODĘ  NIE WYRAŻAM ZGODY

Data i czytelny podpis.....

#### 2. Wypełnia pacjent małoletni, który ukończył 16 lat

WYRAŻAM ZGODĘ  NIE WYRAŻAM ZGODY

Data i czytelny podpis.....

#### 3. Zezwolenie sądu opiekuńczego na pobranie materiału biologicznego (krew) w przypadku braku przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego lub wystąpienia trudności w porozumieniu się z daną osobą

TAK - podać sygnaturę aktu wykonawczego .....

NIE

NIE DOTYCZY

**UWAGA** Wraz z niniejszym dokumentem proszę okazać do wglądu dokument potwierdzający powyższe uprawnienia.

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 Zdzienickiego (iod@kopernik.lodz.pl).

Pełną treść klauzuli informacyjnej dostępna jest na stronie internetowej Administratora: [www.kopernik.lodz.pl](http://www.kopernik.lodz.pl)