

FORMULARZ REZYGNACJI / ZAWIESZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE POLMICRO/MIKOLOGIA		Numer Laboratorium M
A. CEL ZGŁOSZENIA		
PRZEZNACZENIE FORMULARZA (zaznaczyć właściwy kwadrat)	Termin zawieszenia: <input type="checkbox"/> ZAWIESZENIE UDZIAŁU CZASOWE od (dz-m-rok) - - do (dz-m-rok) - -	<input type="checkbox"/> REZYGNACJA
B. DANE LABORATORIUM		
B.1.	DANE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)	Pełna nazwa Ulica numer Kod pocztowy miejscowość województwo
B.2.	DANE LABORATORIUM	Pełna nazwa
B.3.	ADRES SIEDZIBY LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO	ulica numer Kod pocztowy Miejscowość Województwo
B.4.	POWÓD REZYGNACJI / ZAWIESZENIA UDZIAŁU W POLMICRO/MIKOLOGIA	
PONOWNE ZGŁOSZENIE / POWRÓT DO PROGRAMU POLMICRO WYMAGA WYPEŁNIENIA I PRZEKAZANIA DO ORGANIZATORA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO/AKTUALIZACYJNEGO DO PROGRAMU POLMICRO - MIKOLOGIA		

Udostępniający upoważnia Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej do przetwarzania przekazanych danych osobowych wyłącznie dla wykonania celów Ogólnopolskiego Sprawdzenia Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych POLMICRO/MIKOLOGIA, a Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej zobowiązuje się zabezpieczyć oraz zachować w tajemnicy powierzone dane osobowe oraz sposób ich zabezpieczania.

Administratorem danych jest Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej, 01-793 Warszawa, ul. Rydygiera 8. Dane te będą przetwarzane wyłącznie do ww. celów z prawem dostępu Udostępniającego do swoich danych i ich zmiany.

Miejscowość	Data
PIECZĘĆ LABORATORIUM	PODPIS I PIECZĘĆ KIEROWNIKA LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO
PIECZĘĆ JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)	PODPIS I PIECZĘĆ DYREKTORA JEDNOSTKI