

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/AKTUALIZACYJNY DO PROGRAMU POLMICRO/SSE		Numer Laboratorium (wypełnia COBJDM) S	
A. CEL ZGŁOSZENIA			
PRZEZNACZENIE FORMULARZA <small>(zaznaczyć właściwy kwadrat)</small>		<input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU	<input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE AKTUALIZACYJNE
B. DANE LABORATORIUM			
B.1.	RODZAJ LABORATORIUM <small>(zaznaczyć właściwy kwadrat)</small>	<input type="checkbox"/> Podmiot publiczny	<input type="checkbox"/> Podmiot niepubliczny
		Numer ewidencyjny KIDL Pełna nazwa*	Numer akredytacji PCA
B.2.	DANE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)	Ulica* numer	
		Kod pocztowy	mięscowość województwo
		Pełna nazwa*	
B.3.	DANE LABORATORIUM	<input type="checkbox"/> Samodzielne Laboratorium	<input type="checkbox"/> Laboratorium w strukturze
		ulica numer	
B.4.	ADRES SIEDZIBY LABORATORIUM	Kod pocztowy	Miejscowość* Województwo*
		Adres lokalizacji Laboratorium ważny od:	
		Pełna nazwa*	
B.5.	KIEROWNIK ZAKŁADU/ LABORATORIUM/PACOWNI	Imię i nazwisko*	Tytuł/stopień**
B.6.	DANE KONTAKTOWE <small>(wyłącznie służbowe)</small>	Osoba do kontaktu z COBJDM*	
		Imię i nazwisko:	
		Telefon stacjonarny (wraz z nr kierunkowym)	
		Telefon komórkowy	
		Fax	
		Adres e-mail:	
<small>*Wypełnić drukowanymi literami;** np. mgr biol., mgr anal. med., dr n. med., itp.</small>			

Ochrona danych osobowych
 Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f RODO informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe, przekazane nam za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego, są gromadzone, przetwarzane i przechowywane w celu prowadzenia korespondencji z Państwem i w celu, dla którego zostały nam udostępnione. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Administratorem Danych Osobowych jest Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej, ul. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa.
 Administrator zobowiązuje się zabezpieczyć oraz zachować w tajemnicy powierzone dane osobowe oraz sposób ich zabezpieczania.
 Wyrażam zgodę na publikowanie zbiorczych wyników Programu POLMICRO/MIKOLOGIA z zachowaniem praw własności Laboratorium.

Miejscowość	Data
PIECZĘĆ LABORATORIUM	PODPIS I PIECZĘĆ KIEROWNIKA ZAKŁADU/ LABORATORIUM/ PRACOWNI
PIECZĘĆ JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)	PODPIS I PIECZĘĆ DYREKTORA JEDNOSTKI

Zakres Diagnostyki

Identyfikacja *Salmonella* spp.

do rodzaju (wynik
Salmonella spp.)

do grupy

do typu serologicznego
(serowaru)

do typu serologicznego
(serowaru) tylko
Salmonella Enteritidis

Identyfikacja *Shigella* spp.

do rodzaju

do gatunku

obecność innych patogenów zakażeń przewodu pokarmowego

Yersinia spp.

Campylobacter spp.

Escherichia coli
EPEC

Escherichia coli
EIEC

Escherichia coli
VTEC (EHEC)

Uwagi: