

FORMULARZ REZYGNACJI / ZAWIESZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE POLMICRO/MIKOLOGIA				Numer Laboratorium M	
PRZEZNACZENIE FORMULARZA <i>(zaznaczyć właściwy kwadrat)</i>	Termin zawieszenia:			<input type="checkbox"/> REZYGNACJA	
	<input type="checkbox"/> ZAWIESZENIE UDZIAŁU CZASOWE	od (dz-m-rok) ___-___-_____			
		do (dz-m-rok) ___-___-_____			
DANE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)	Pełna nazwa				
	Ulica				numer
	Kod pocztowy	miejsowość		województwo	
DANE LABORATORIUM	Pełna nazwa				
ADRES SIEDZIBY LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO	ulica				numer
	Kod pocztowy	Miejscowość		Województwo	
POWÓD REZYGNACJI / ZAWIESZENIA UDZIAŁU W POLMICRO					
PONOWNE ZGŁOSZENIE LUB POWRÓT DO PROGRAMU POLMICRO/MIKOLOGIA WYMAGA WYPEŁNIENIA I PRZEKAZANIA DO ORGANIZATORA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO DO PROGRAMU POLMICRO/MIKOLOGIA					
<p>Udostępniający upoważnia Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej do przetwarzania przekazanych danych osobowych wyłącznie dla wykonania celów Ogólnopolskiego Sprawdzianu Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych POLMICRO, a Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej zobowiązuje się zabezpieczyć oraz zachować w tajemnicy powierzone dane osobowe oraz sposób ich zabezpieczania.</p> <p>Administratorem danych jest Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej, 01-793 Warszawa, ul. Rydygiera 8.</p> <p>Dane te będą przetwarzane wyłącznie do ww. celów z prawem dostępu Udostępniającego do swoich danych i ich zmiany.</p>					
PIECZĘĆ LABORATORIUM			PODPIS I PIECZĘĆ KIEROWNIKA ZAKŁADU/ LABORATORIUM/ PRACOWNI		
PIECZĘĆ JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)			PODPIS I PIECZĘĆ DYREKTORA JEDNOSTKI		