

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU POLMICRO/MIKOLOGIA				Numer Laboratorium* M																					
RODZAJ LABORATORIUM (zaznaczyć właściwy kwadrat)	<input type="checkbox"/> Podmiot publiczny	<input type="checkbox"/> Podmiot niepubliczny	Nr ewidencyjny KIDL	Nr akredytacji PCA																					
	Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego (RPWDL)		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
DANE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)	Pełna nazwa**																								
	Ulica**				numer																				
	Kod pocztowy	Miejscowość**		Województwo**																					
DANE LABORATORIUM	Pełna nazwa**																								
	<input type="checkbox"/> Samodzielne Laboratorium		<input type="checkbox"/> Laboratorium w strukturze																						
ADRES SIEDZIBY LABORATORIUM	Ulica**				numer																				
	Kod pocztowy	Miejscowość**		Województwo**																					
KIEROWNIK ZAKŁADU/ LABORATORIUM/PRACOWNI	Imię i nazwisko**		Tytuł/stopień***																						
DANE KONTAKTOWE <i>(wyłącznie służbowe)</i>	Osoba do kontaktu z COBJDM** Imię i nazwisko:		Telefon stacjonarny (wraz z nr kierunkowym)																						
			Telefon komórkowy																						
	Adres e-mail:																								
*Wypełnia organizator Programu; **Wypełnić drukowanymi literami;*** np. mgr biol., mgr anal. med., dr n. med., itp.																									
<p>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 zabezpieczenia. Wyrażam zgodę na publikowanie zbiorczych wyników Programu POLMICRO/MIKOLOGIA z zachowaniem praw własności Laboratorium.</p>																									
PIECZĘĆ LABORATORIUM			PODPIS I PIECZĘĆ KIEROWNIKA ZAKŁADU/ LABORATORIUM/ PRACOWNI																						
PIECZĘĆ JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)			PODPIS I PIECZĘĆ DYREKTORA JEDNOSTKI																						