

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY DO PROGRAMU POLMICRO/MIKOLOGIA				Numer Laboratorium (wypełnić tylko przy aktualizacji) M			
A. CEL ZGŁOSZENIA							
PRZEZNACZENIE FORMULARZA <small>(zaznaczyć właściwy kwadrat)</small>		<input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU		<input type="checkbox"/> ZGŁOSZENIE AKTUALIZACYJNE			
ZMIANA DOTYCZY <small>(zaznaczyć właściwy kwadrat)</small>		<input type="checkbox"/> B.1.	<input type="checkbox"/> B.2.	<input type="checkbox"/> B.3.	<input type="checkbox"/> B.4.	<input type="checkbox"/> B.5.	<input type="checkbox"/> B.6.
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		Numer akredytacji PCA			
B.2.	DANE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ (MACIERZYTEJ)	Pełna nazwa*					
		Ulica*				numer	
		Kod pocztowy -		miejsowość		województwo	
B.3.	DANE LABORATORIUM	Pełna nazwa*					
		<input type="checkbox"/> Samodzielne Laboratorium		<input type="checkbox"/> Laboratorium w strukturze			
B.4.	ADRES SIEDZIBY LABORATORIUM	ulica				numer	
		Kod pocztowy -		Miejscowość*		Województwo*	
		Adres lokalizacji Laboratorium ważny od: - -					
B.5.	KIEROWNIK ZAKŁADU/ LABORATORIUM/PACOWNI	Imię i nazwisko*			Tytuł/stopień**		
B.6.	DANE KONTAKTOWE <small>(wyłącznie służbowe)</small>	Osoba do kontaktu z COBJwDM* Imię i nazwisko:			Telefon stacjonarny (wraz z nr kierunkowym)		
					Telefon komórkowy		
					Fax		
		Adres e-mail:					

*Wypełnić drukowanymi literami;** np. mgr biol., mgr anal. med., dr n. med., itp.

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.

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