

 HZJZ HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO	Služba:	Org. jedinica: Služba za mikrobiologiju / Služba za promicanje zdravlja	Stranica: 7/7
	Naziv: POSTUPNIK ZAŠTITE OSOBNIH PODATAKA PRI IZDAVANJU MIKROBIOLOŠKIH NALAZA		Klasa:030-02/18-10/7 Jr.broj:381-10-100-18-1

Obrazac 2

Obrazac zahtjeva za izdavanjem mikrobiološkog nalaza

**OVLAŠTENJE DRUGE FIZIČKE ILI PRAVNE OSOBE ZA PODIZANJE

 NALAZA MIKROBIOLOŠKIH ANALIZA U HRVATSKOM ZAVODU

 ZA JAVNO ZDRAVSTVO**

Ja, _____

/ime i prezime, OIB ili MBO/

dajem ovlast _____

/ime i prezime osobe/ustanove kojoj se daje ovlast za preuzimanje nalaza, OIB ili MBO/

za preuzimanje nalaza mikrobioloških pretraga koje su/će biti obavljene u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, Rockefellerova 7, 10 000 Zagreb

Datum _____

Vlastoručni potpis _____

NAPOMENA

Popunjavanjem zahtjeva dajete privolu da se Vaši osobni podaci koriste isključivo u svrhu izrade i slanja nalaza mikrobioloških analiza drugim zdravstvenim ustanovama u svrhu daljnje obrade i naplate usluge, a u skladu s važećim primjenjivim propisima iz područja zdravstva i Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka te potvrđujete da ste upoznati s rizicima slanja vaših osobnih podataka suradnim ustanovama putem pošte. Hrvatski zavod za javno zdravstvo jamči svakom podnositelju zahtjeva da će njegovi osobni podaci biti adekvatno zaštićeni od pristupa neovlaštenih osoba te pohranjeni na sigurno mjesto i čuvani u skladu s uvjetima i rokovima predviđenim Pravilnikom o zaštiti i obradi arhivskog i registraturnog gradiva. Slanje nalaza putem elektroničke pošte je automatskim kriptiranjem osigurano od ugroze trećih strana. Od primitka nalaza putem elektroničke pošte preuzimate odgovornost za zaštitu svojih osobnih podataka.

Odrezak za podizanje nalaza

HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO, SLUŽBA ZA MIKROBIOLOGIJU

ROCKEFELLEROVA 12, 10 000 ZAGREB

IME I PREZIME PACIJENTA, OIB ILI MBO

DATUM ZAPRIMANJA UZORKA _____ LAB. BROJ _____

POTPIS OVLAŠTENE OSOBE

PEČAT
