Dane osobowe proszę wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA

IMIĘ	
NAZWISKO	
PESEL (OPCJONALNIE DATA URODZENIA)	
EMAIL	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA (W PRZYPADKU PACJENTA MAŁOLETNIEGO ALBO UBEZWŁASNOWOLNIONEGO)

IMIĘ	
NAZWISKO	
EMAIL	

EMC SZPITALE
EMC Instytut Medyczny SA

WNIOSEK O PRZESŁANIE WYNIKÓW BADAŃ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

W związku z brakiem możliwości odbioru wyników badań

.....

.....

(należy wpisać o jakie wyniki chodzi)

przeprowadzonych dnia ....., w .....

(data badania) *(miejsce przeprowadzenia badania, jednostka organizacyjna)*

wyrażam zgodę na przesłanie wyników badań pod wskazany wyżej adres mailowy.

JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Wszelkiego rodzaju ryzyko związane z wysłaniem wyników badań drogą elektroniczną nie będzie obciążało EMC Instytut Medyczny S.A., ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław.
2. Jestem świadomy(a) ryzyka, jakie niesie za sobą przesłanie wyników badań drogą elektroniczną, a w szczególności tego, że sieć internet nie zapewnia bezpieczeństwa przesyłanych danych.

DATA, CZYTELNY PODPIS