

Zgoda na przesyłanie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko

PESEL/data urodzenia :

Email:

Dane przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjenta małoletniego)

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:.....

Ja, niżej podpisany(a) :

(Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

.....

(Imię i nazwisko pacjenta)

drogą mailową, na wskazany przeze mnie adres email:

(adres email)

Data i podpis:.....