

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:.....



Ginemedica Sp. z o.o.
ul. Podwale 83/03, 50-414 Wrocław, tel. +48 530 929 758
NIP 8992850874 Regon 380849985, KRS 0000749652M
Sąd Rejonowy dla Wrocławia- Fabrycznej, VI Wydział
Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
Kapitał zakładowy : 5.500 PLN