



OŚWIADCZENIE DOT. ZGODY NA OTRZYMYWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Upoważniam Panią/Pana:

.....
(Imię i nazwisko Lekarza kierującego/Osoby upoważnionej przez jednostkę kierującą)

PESEL.....

Numer wykonywania zawodu (jeśli dotyczy).....

**do otrzymywania drogą elektroniczną wyników, dokumentów
i innych informacji medycznych, dotyczących Pacjentów skierowanych z
jednostki:**

Nazwa jednostki:.....

ulica.....miasto.....

kod pocztowy:..... tel. kontaktowy.....

adres e-mail jednostki:.....

NIP.....REGON.....

na wskazany poniżej adres e-mail:

.....
(dane wpisać czytelnym pismem)

Data, pieczęćka Osoby upoważnionej/Reprezentanta Jednostki Kierującej

Wyd.5, 25.01.2021r