



GENESIS
Centra Genetyki Medycznej

Centra Genetyki Medycznej GENESIS
ul. Grudzieniec 4, 60-601 Poznań
tel. 61 62 63 436, fax. 61 851 66 46,
Infolinia: 601 305 306
www.genesis.pl

OŚWIADCZENIE DOT. ZGODY NA OTRZYMANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Upoważniam Panią/Pana:

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

PESEL.....

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

**do otrzymania 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