

DANE PACJENTA

IMIĘ																				
NAZWISKO																				
PESEL (OPCJONALNIE DATA URODZENIA)																				
EMAIL																				

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

IMIĘ																				
NAZWISKO																				
EMAIL																				



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.