Dane osobowe - proszę wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI

**DANE PACJENTA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **PESEL (OPCJONALNIE DATA URODZENIA)** |  |
|  **E-MAIL** |  |
|  **ADRES ZAMIESZKANIA** |  |

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA (W PRZYPADKU PACJENTA MAŁOLETNIEGO ALBO UBEZWŁASNOWOLNIONEGO)**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO**  |  |
| **E-MAIL** |  |

**WNIOSEK O PRZESŁANIE WYNIKÓW BADAŃ**

 **DROGĄ ELEKTRONICZNĄ**

 **POCZTĄ -** osoba wnioskująca ponosi koszty przesyłki i koperty. Wysokość opłaty określa Cennik Usług Medycznych EMC Instytut Medyczny S.A. dla Szpitala Św. Anny w Piasecznie.

W związku z brakiem możliwości odbioru wyników badania

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy podać nazwę badania)*

przeprowadzonych dnia ………………………………., w ………………………………………………………………………………...

 *(data badania) (miejce przeprowadzania badania, jednostka organizacyjna)*

Wyrażam zgodę na przesłanie wyników badań na wskazany wyżej adres e-mailowy/ korespondencyjny.

JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Wszelkiego rodzaju ryzyko związane z wysłaniem wyników badań drogą elektroniczną nie będzie obciążało EMC Piaseczno sp. z o.o.,
ul. Adama Mickiewicza 39, 05-500 Piaseczno.
2. Jestem świadomy(a) ryzyka, jakie niesie za soba przesyłanie wyników badań drogą elektroniczną/ pocztą, a w szczególności tego, że sieć Internet nie zapewnia bezpieczeństwa przesyłania danych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA, CZYTELNY PODPIS