

Upoważnienie do wysłania dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisana/ny*
(imię i nazwisko)

PESEL:

Numer i seria oraz rodzaj dokumentu tożsamości (w przypadku osób nieposiadających PESEL):

.....

UPOWAŻNIAM CENTRUM MEDYCZNE BABKA MEDICA

do przesłania drogą pocztową moich wyników badań z dnia
..... na niżej wskazany adres:

Adres e-mail:
(prosimy wpisać adres e-mail)

Adres pocztowy:
(prosimy wpisać adres pocztowy)

.....

Jednocześnie oświadczam, iż zrzekam się wszelkich roszczeń do Centrum Medycznego Babka Medica w przypadku wystąpienia ewentualnych skutków wynikających z przesłania informacji o moim stanie zdrowia, wskazaną przez mnie powyżej formą korespondencji.

.....
(Data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

.....
(Podpis pracownika przychodni)

*Niepotrzebne skreślić