

**ZGODA NA DORĘCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZA POŚREDNICTWEM ŚRODKÓW
KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ**

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Wiek:

PESEL:

Adres:

Telefon

Doręczenie dokumentacji medycznej

proszę przesłać na adres e-mail*: _____

upoważniam jednorazowo: _____
(imię, nazwisko, PESEL, numer telefonu)

badania diagnostycznego:

wykonanego w dniu:

w placówce:

- Centrum Medyczne Goldenmed – Oddział Warszawa
- Centrum Medyczne Goldenmed – Oddział Legionowo

miejsowość, data

czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

*bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73).