

Zgoda na przesyłanie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej

Imię i Nazwisko osoby składającej oświadczenie:.....

Imię i Nazwisko Pacjenta:

PESEL:

adres e-mail:.....

(na wskazany adres poczty elektronicznej zostanie przesłana dokumentacja medyczna, jako załącznik zabezpieczony hasłem)

numer telefonu:

(na wskazany numer telefonu zostanie przekazane hasło do pliku zawierającego dokumentację medyczną)

Data i podpis:.....