UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/-a

_____

imię i nazwisko pacjenta

_____

PESEL

niniejszym upoważniam Pana/Panią:

_____

imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru dokumentów

_____

PESEL

do odbioru mojej dokumentacji medycznej zgromadzonej u Administratora moich danych osobowych tj. Centrum Medyczne Mediconcept Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą we Wrocławiu, adres: ul. Krzycka 94, 53-020 Wrocław (KRS 0000708691)

**Niniejsze oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej Pacjenta*

***Kontakt w sprawie danych osobowych: inspektor@mediconcept.pl*

_____ _____

Wrocław, data *czytelny podpis pacjenta*

UPOWAŻNIENIE DO WYSYŁKI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/-a

_____

imię i nazwisko pacjenta

_____

PESEL

niniejszym wyrażam zgodę na przesyłanie mojej dokumentacji medycznej zgromadzonej przez Administratora moich danych osobowych tj. przez Centrum Medyczne Mediconcept Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą we Wrocławiu, adres: ul. Krzycka 94, 53-020 Wrocław (KRS 0000708691) w ramach świadczonych usług medycznych na następujący adres:

☐ w formie elektronicznej:

_____

adres e-mail do wysyłki dokumentacji

☐ w formie papierowej

_____

adres korespondencyjny do wysyłki dokumentacji

**Niniejsze oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej Pacjenta*

***Kontakt w sprawie danych osobowych: inspektor@mediconcept.pl*

_____ _____

Wrocław, data *czytelny podpis pacjenta*