UPOWAŻNIENIE DO WYSYŁKI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(Prosimy o czytelne uzupełnienie dokumentu – drukowanymi literami).

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
(prosimy uzupełnić DRUKOWANYMI literami)

- w formie papierowej

_____

_____

adres korespondencyjny do wysyłki dokumentacji
(prosimy uzupełnić DRUKOWANYMI literami)

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

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

_____ _____

Wrocław, data *czytelny podpis pacjenta*