

UPOWAŻNIENIE

DO WYSŁANIA DOKUMENTACJI DROGA ELEKTRONICZNĄ

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Miejscowość i data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Ja niżej podpisany/na, legitymujący/a się dowodem osobistym seria _____ nr _____
upoważniam Centrum Medyczne Diagnosis z siedzibą przy ul. Planetarnej 15/3 w Żalasewie
do wysłania na następujący adres poczty elektronicznej:

--

skanu mojej dokumentacji medycznej.

Upoważnienie jest ważne do _____ / bezterminowo*.

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i czytelny podpis
osoby przyjmującej upoważnienie