Centrum Medyczne INTER-MED
Ul. I. Krasickiego 14; Będzin
Tel: 32 360 10 30

WNIOSEK O WYDANIE WYNIKÓW BADAŃ ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
ADRES	
NR TELEFONU	
DATA ZGŁOSZENIA	

Niniejszym proszę o wysłanie wyników badań:

.....
(rodzaj badań)

.....
(data badania)

na podany adres e-mail:.....

.....

podpis pacjenta składającego wniosek

Wypełnia pracownik INTER-MED S. C.

..... z adresu e-mail.....
(data i godzina wysłania wyników)

.....

podpis pracownika

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 26 i 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.) oraz, że pokryję koszt wykonania i kopiowania powyższej dokumentacji ustalony stosownie do zapisów art. 28 w/w Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.