

# MEDI-MEDIC CENTRUM MEDYCZNE

## Formularz pacjenta do odbioru wyników

### FORMULARZ PACJENTA

Imię .....Nazwisko.....

PESEL.....

Telefon.....e-mail.....

Adres zamieszkania :

Miejscowość .....Kod.....

Ulica.....Nr.....

Upoważnienie do uzyskania informacji o leczeniu oraz do odbioru wyników przez :

Imię i Nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

.....

Telefon.....

"Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu leczenia oraz do otrzymywania informacji z Medi-Medic drogą korespondencyjną lub e-mailową zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 Nr 101, poz.926 z późn. zm.)"



.....  
( podpis pacjenta)

**KOLBUDY**

**GDAŃSK**



58 682 65 73, 501 866 393



58 682 65 73, 533 375 037



rejestracja@medimedic.pl



rejestracjagdansk@medimedic.pl