



ZGODA NA WYSYŁKĘ/ PRZEKAZANIE WYNIKU BADAŃ TELEFONICZNIE

Data zlecenia:

Nazwisko i imię:

Pesel:

Nr. dowodu osobistego / innego dokumentu:

WYRAŻAM ZGODĘ ORAZ PROSZĘ O: (zaznacz wybraną opcję krzyżykiem)

Przesłanie moich wyników badań do odwołania na adres e-mail:
(proszę czytelnie wpisać adres e-mail)

.....

Upoważniam Panią/Pana identyfikujący się
dowodem nr : do odbioru moich wyników badań.

.....
(czytelny podpis pacjenta)

WYPEŁNIA PERSONEL POLIS CLINIC

Data przyjęcia i podpis :

Wysłano poprawnie :
(data i podpis pracownika)