CITY CLINIC
BY CIESZYĆ SIĘ ZDROWIEM

City Clinic Sp. z o.o.
ul. Popularna 62A
02-473 Warszawa

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko		
PESEL		
Adres do korespondencji	Ulica, nr domu/lokalu	
	Kod pocztowy	Miejscowość
Telefon kontaktowy		
e-mail		

Proszę o przesyłanie wyników moich badań laboratoryjnych i kontrolnych na podany powyżej adres korespondencyjny.

☐ TAK ☐ NIE

Proszę o przesyłanie wyników moich badań laboratoryjnych i kontrolnych na podany powyżej adres poczty elektronicznej. Przyjmuję do wiadomości, że poczta elektroniczna nie gwarantuje zachowania szczególnej ochrony przesyłanych danych osobowych. Oświadczam, że biorę na siebie ryzyko dostępu do mojej dokumentacji medycznej przez osoby niepowołane.

☐ TAK ☐ NIE

Upoważniam Panią/Pana .....

PESEL ..... , nr dokumentu tożsamości .....

do odbioru wyników moich badań laboratoryjnych i kontrolnych.

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez City Clinic drogą elektroniczną przypomnień o terminach wizyt, badań kontrolnych i okresowych oraz informacji o nowościach, promocjach i ofertach City Clinic (podstawa prawna: Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz. U. 2002 nr 144 poz. 1204):

☐ e-mail ☐ SMS ☐ Nie wyrażam zgody

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie