

Miejscowość i data.....

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Zakres danych:

nr telefonu komórkowego.....

adres e-mail.....

#### **Oświadczenie Pacjenta**

1. Oświadczam, że podane DANE PACJENTA są zgodne z prawdą.
2. ZGODA NA WYKONANIE BADAŃ – Wyrażam zgodę na pobranie materiału w celu wykonania wskazanych badań diagnostycznych oraz wskazanych analiz.  
Wyrażam zgodę na wykonanie badań w innym laboratorium, jeżeli będzie to konieczne w celu realizacji usługi.

.....  
(data i czytelny podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna prawnego)

#### **Zgoda Pacjenta na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich DANYCH OSOBOWYCH - wymienionych powyżej, przez przychodnię specjalistyczną Medivec sp. z o.o., ul. Chopina 19, 83-000 Pruszcz Gdański w celu promocji usług własnych i informowaniu mnie o nowych usługach i promocjach.

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez kontakt telefoniczny, mailowy lub osobisty w naszej placówce.

.....  
(data i czytelny podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna prawnego)

Miejscowość i data.....