

# ZGODA NA PRZESŁANIE WYNIKÓW BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH/KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Ja, niżej podpisany/-a: .....

PESEL: .....

wyrażam zgodę na przesłanie wyników badań diagnostycznych, kopii dokumentacji medycznej przez Lecznicę Citomed Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 73, 87-100 Toruń, na podany przeze mnie adres e-mail

.....  
W przypadku zaistnienia przeszkód technicznych lub formalnych uniemożliwiających przesyłanie korespondencji drogą elektroniczną, zobowiązuję się przyjmować korespondencję w formie papierowej.

Jednocześnie w razie zmiany adresu e-mail zobowiązuję się do osobistego i bezpośredniego powiadomienia Lecznic Citomed Sp. z o.o. o nowym adresie.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/-a i jestem świadomy/-a ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną.

Zostałem poinformowany/-a, że przesyłane e-mailem pliki będą zabezpieczone hasłem dostępowym, które zostanie przekazane SMS na podany numer telefoniczny

.....  
Zastosowane hasło będzie zawierało co najmniej 8 znaków, duże i małe litery, cyfry i znaki specjalne.

.....  
Toruń, dnia

.....  
Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

.....  
Czytelny podpis osoby odbierającej oświadczenie ze strony Lecznic Citomed Sp. z o.o.