

.....
miejsce i data

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA/RECEPTY/SKIEROWANIA*

Dane pacjenta:

Ja, niżej podpisana/y PESEL:

legitymująca/y się dokumentem tożsamości-seria i numer:

Dane osoby upoważnionej do odbioru badania:

upoważniam Panią/Pana

legitymująca/ego się dokumentem tożsamości-seria i numer:

do odbioru wyników badań laboratoryjnych z dnia /recept/skierowań*

(wpisać datę w przypadku upoważnienia jednorazowego)

* niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych związanych z odbiorem badania/recepty/skierowania *

.....
data i czytelny podpis pacjenta

*zaznaczyć właściwie

Wyniki badań/recepty/skierowania najlepiej odebrać osobiście!

W tym celu prosimy podać nazwisko i imię oraz okazać dokument tożsamości.

Osoba upoważniona musi okazać upoważnienie do odbioru wyniku badania oraz swój dokument tożsamości.

Upoważnienie do odbioru wyniku badania jest dostępne w punkcie pobrań, punkcie wydawania wyników, gabinecie zabiegowym oraz na stronie internetowej www.spzozprzychodnia.pl

Odbiór wyników z dnia poprzedniego od godz. 11:00

Podane powyżej dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2016, poz.922 z późn.zm.). Jednocześnie zgodnie z art. 24 ust.1 informujemy, że Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest SP ZOZ „Przychodnia” w Sycowie, ul. Wrocławska 2, 56-500 Syców. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania. Dane zbierane są w celu możliwości odbioru wyników badań/recept/skierowań przez osobę upoważnioną. Podanie powyższych danych jest dobrowolne.