

Gniezno, dn.....

**ZGODA NA PRZESYŁANIE
WYNIKÓW BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH / ZAŚWIADCZEŃ
DROGĄ ELEKTRONICZNĄ**

Ja, niżej podpisany/a:

.....
PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

wyrażam zgodę na przesyłanie wyników badań diagnostycznych / zaświadczeń
przez Przychodnię Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „VITAMED” Sp.j. z siedzibą przy
ul. P. Cymśa 16 62-200 Gniezno,

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 PLRiS „VITAMED” Sp. j. o nowym adresie.

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

Zostałem/am poinformowany/a, że przesyłane mailem pliki będą zabezpieczone hasłem dostępowym, które zostanie przekazane SMS na podany poniżej numer telefonu:

Tel

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

Dane teled adresowe (telefon, e-mail) zostaną wykorzystane wyłącznie do powyższych celów przez administratora danych PLRiS „VITAMED” Sp.j. i nie będą udostępniane innym podmiotom lub osobom trzecim.

Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę:

.....

Czytelny podpis osoby odbierającej oświadczenie ze strony PLRiS „VITAMED” Sp.j.:

.....