

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Miejscowość, data: Warszawa,/...../.....

**OŚWIADCZENIE o wyrażeniu zgody na
wysyłanie dokumentacji medycznej pacjenta przez BISMED Sp. z o.o.**

Ja niżej podpisany/-a

.....(imię i nazwisko)
posiadający/-a PESEL o nr, niniejszym
oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku związanym z przesyłaniem
dokumentacji medycznej, w tym wyników badań, recept, itp. pocztą / drogą elektroniczną, w
szczególności o możliwości zaginięcia przesyłki lub jej zniszczenia, a także odebrania
przesyłki / wiadomości e-mail przez osobę nieuprawnioną, rozumiem treść ww. informacji oraz
akceptuję w całości ryzyko z tym związane. Niezależnie od powyższego, działając na własne
ryzyko, wyrażam zgodę i upoważniam BISMED sp. z o.o. do wysłania następujących
dokumentów:

.....
.....
.....

.....
za pośrednictwem Poczty Polskiej S.A. (przesyłka polecona za zwrotnym potwierdzeniem
odbioru) / poczty elektronicznej (e-mail)* na poniższy adres:

Adres pocztowy:

E-mail:

W przypadku przesyłania dokumentacji pocztą elektroniczną, hasło do zaszyfrowanego pliku
zawierającego kopię dokumentacji zostanie przesłane w formie SMS, pod numer: Numer
telefonu komórkowego:
Potwierdzam zgodność danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

.....
czytelny podpis Pacjenta

.....
czytelny podpis pracownik

* Skreślić niepotrzebne

A U R E A
MED