

ŚWIADOMA ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE PREPARATÓW/ BLOKÓW W CELU KONSULTACJI W INNYM
PODMIOCIE LECZNICZYM

Ja, niżej podpisany/a(imię i nazwisko), legitymujący się dowodem
osobistym nr....., wydanym przez
....., PESEL:.....

Działając w: W imieniu własnym lub i Przedstawiciel Opiekun Osoba upoważniona Osoba
jako: odzic ustawowy faktyczn przez pacjenta upoważniona
y przez zmarłego

wyrażam świadomą zgodę na:

- przesłanie preparaty/ bloki parafinowe do Ośrodka:
.....
(pełna nazwa podmiotu leczniczego oraz adres)
- odbiór moich preparatów/ bloków parafinowych przez lekarza prowadzącego/ oddział / ośrodek zewnętrzny w którym obecnie jestem leczony
- odbiór moich preparatów/bloków przez Panią/Pana*
-
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)
Legitymującą się/ legitymującego się*
.....
(nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

Wyrażam zgodę na przetwarzaniem moich danych osobowych oraz danych ww. małoletniego dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konsultacji- zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2017, poz 922)

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)