

Upoważnienie do odbioru i wysyłki dokumentacji - CM Mediconcept Sp. z o.o.

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/-a

imię i nazwisko pacjenta

PESEL

niniejszym upoważniam Pana/Panią:

imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru dokumentów

PESEL

do odbioru mojej dokumentacji medycznej zgromadzonej u Administratora moich danych osobowych tj. CM Mediconcept Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, adres: ul. Krzycka 94, 53-020 Wrocław (KRS 0001230331)

**Niniejsze oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej Pacjenta*

*** Wypełnione upoważnienie proszę kierować na jeden z poniższych adresów mailowych:*

centrum@mediconcept.pl

ginekologia@mediconcept.pl

stomatologia@mediconcept.pl

poradnie@mediconcept.pl

****Kontakt w sprawie danych osobowych: iod@mediconcept.pl*

Wrocław, data

czytelny podpis pacjenta