

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

**UPOWAŻNIENIE DO WYSYŁKI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

(Prosimy o czytelne uzupełnienie dokumentu – drukowanymi literami).

Ja niżej podpisany/-a

---

*imię i nazwisko pacjenta*

---

*PESEL*

niniejszym wyrażam zgodę na przesyłanie mojej dokumentacji medycznej zgromadzonej przez Administratora moich danych osobowych tj. przez CM Mediconcept Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, adres: ul. Krzycka 94, 53-020 Wrocław (KRS 0001230331) w ramach świadczonych usług medycznych na następujący adres:

- w formie elektronicznej:

---

*adres e-mail do wysyłki dokumentacji*  
(prosimy uzupełnić DRUKOWANYMI literami)

- w formie papierowej:

---

*adres korespondencyjny do wysyłki dokumentacji*  
(prosimy uzupełnić DRUKOWANYMI literami)

\*Niniejsze oświadczenie powyższe dołącza się do dokumentacji indywidualnej pacjenta

\*\* Wypełnioną zgodę 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