

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko:.....

Pesel:.....

Zgoda na:	Wyrażam	Nie wyrażam
Leczenie oraz badania diagnostyczne w poradni..... Medikor Poznań ul. Braniewska 20	X	
Przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń usług medycznych	X	
Otrzymywanie drogą elektroniczną informacji dotyczących usług medycznych świadczonych w Medikorze		

1. Mój adres e-mailowy:.....

.....
(data i podpis Pacjenta)