

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko: JANINA NOWAK

Pesel: 74 031502888

Zgoda na:	Wyrażam	Nie wyrażam
Leczenie oraz badania diagnostyczne w poradni..... <u>GINEKOLOGIUM</u> 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	X	

1. Mój adres e-mailowy: janina.nowak@xyz.pl

2004200 Nowak

(data i podpis Pacjenta)