

Warszawa, dnia _____, _____ r.

OŚWIADCZENIE

Ja, _____
(imię i nazwisko) niżej podpisany/a,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wysłanie wyników badań:

(proszę wpisać nazwę badania)

wykonanych w dniu _____ w Przychodni Lekarskiej MediSpace przy ul. Spokojnej 5
(01-044) w Warszawie na podany poniżej adres email:

(adres e-mail)

Jednocześnie jestem świadoma(y), że w przypadku podania nieprawdziwego lub nieprawidłowego adresu poczty elektronicznej wyniki moich badań, stanowiące jednocześnie wrażliwe dane osobowe, mogą trafić do osób niepożądanych, za co Przychodnia Lekarska MediSpace nie ponosi odpowiedzialności.

(podpis upoważnionego)