

Warszawa, dnia\_\_\_\_\_, 2016 r.

## ZGODA NA WYSŁANIE WYNIKÓW BADAŃ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wysłanie wyników badań laboratoryjnych/wyników badań histopatologicznych/wyników badań cytologicznych\* wykonanych w dniu\_\_\_\_\_ w Przychodni Lekarskiej MediSpace przy ul. Spokojnej 5 (01-044) w Warszawie na podany poniżej adres email:

---

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.

---

Czytelny podpis Pacjenta

\*proszę zaznaczyć jakich badań dotyczy zgoda