

Zgoda Centrum Badań Mikrobiologicznych i Autoszczepionek imienia dr. Jana Bobra

Ja niżej podpisany/-a wyrażam [ ] / nie wyrażam [ ] zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu, a także do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w/w celach przez Centrum Badań Mikrobiologicznych i Autoszczepionek imienia dr. Jana Bobra spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Sławkowska 17, 31-016 Kraków.

Ja niżej podpisany/-a wyrażam [ ] / nie wyrażam [ ] zgody na udostępnienie mi wyników badań zleconych dnia ..... w formie elektronicznej za pośrednictwem internetowej platformy do odbioru wyników.

Imię i nazwisko pacjenta .....

data.....

podpis.....