**Zgoda na przesyłanie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej**

Imię i Nazwisko osoby składającej oświadczenie:……………………………….

Imię i Nazwisko Pacjenta: ………………………………………………………….

PESEL: ……………………………………………. adres e-mail:……………………………………….

numer telefonu: …………………………………...

Rodzaj dokumentacji medycznej/badania ……………………………………………………

Data i podpis:……………………………….