

.....
Miejscowość, data

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa: **INWEST MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

adres: **ul. Piłsudskiego 33 lok 101, 05-120 Legionowo**

nr NIP: **5272729539**

Imię i nazwisko pacjenta, PESEL

.....

ZGODA NA DORĘCZANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZA POŚREDNICTWEM ŚRODKÓW KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ

Wyrażam zgodę na doręczanie przez podmiot leczniczy Inwest med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Legionowie, ul. Piłsudskiego 33 lok 101 (05-120), prowadzący zakład leczniczy pod nazwą Centrum Medyczne Goldenmed w Warszawie przy ul. Odkrytej 4 (03-140) **wyniku badania za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej**, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73), na następujący adres poczty elektronicznej:

.....

(proszę określić jaki wynik badania)

.....

(adres poczty elektronicznej świadczeniobiorcy)

.....

.....
(data i podpis świadczeniobiorcy lub osoby upoważnionej)