



.....  
Data wydania dokumentacji

**Wydanie dokumentacji medycznej**  
z NZOZ "SANA-MED" s.c. w Olkuszu

**DANE OSOBY DOTYCZĄCEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

.....  
**Imię i Nazwisko**

**Pesel**

1. Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....  
Imię i Nazwisko (numer dowodu tożsamości)

2. Wysłano listem poleconym.....z dnia.....  
nr nadawczy

Pracownik wydający dokumentację medyczną:

.....  
data i czytelny podpis

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej:

.....  
data i czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tutejszej placówce w szczególności na przetwarzania danych związane z udzielaniem świadczenia zdrowotnego oraz jego rozliczeniem. Wyrażam również zgodę na otrzymywanie informacji handlowych tutejszej placówki.

.....  
czytelny podpis