Do: **Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej**
Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc OT w Rabce-Zdroju
34-700 Rabka Zdrój, ul. Prof. J. Rudnika 3B
Tel.: 182676060 wew. 345, 401, 224

..... *miejscowość i data*

UPOWAŻNIENIE DO JEDNORAZOWEGO PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA POCZTĄ ELEKTRONICZNĄ[1]

Ja, ... *(imię, nazwisko)*

legitymująca/y się dowodem osobistym: ..... *(seria, numer)*

lub nr PESEL:

proszę o przesłanie na poniższy adres e-mail wyniku badania

- ***o numerze: .....*** *(numer badania)*
- ***dot. pacjenta: .....****(imię, nazwisko)*

(**adres e-mail wypełnić wyraźnymi literami**)

.....

data i czytelny podpis

[1] jestem świadoma/y zagrożeń wynikających z przesłania mojego wyniku badania pocztą elektroniczną (w tym ryzyka ujawnienia wyniku osobom niepowołanym) i wyrażam na to zgodę oraz deklaruję, że nie będę wnosił/a roszczeń z tego tytułu wobec Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc OT w Rabce-Zdrój