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 wyniku badania o numerze: .....

na 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

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 wyniku badania o numerze: .....

na 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