

Nazwisko i imię pacjenta:  
PESEL:  
Numer karty pacjenta (MRN):

Data:

.....  
miejsowość, data

## OŚWIADCZENIE

### o wyrażeniu zgody na wysyłanie dokumentacji medycznej pacjenta przez Optegra Polska Sp. z o.o.

Ja niżej podpisany/-a .....,  
*imię i nazwisko*

posiadający/-a PESEL o nr ....., niniejszym oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku związanym z przesyłaniem dokumentacji medycznej, w tym wyników badań, recept, itp. pocztą / drogą elektroniczną, w szczególności o możliwości zaginięcia przesyłki lub jej zniszczenia, a także odebrania przesyłki / wiadomości e-mail przez osobę nieuprawnioną, rozumiem treść ww. informacji oraz akceptuję w całości ryzyko z tym związane.

Niezależnie od powyższego, działając na własne ryzyko, wyrażam zgodę i upoważniam Optegra Polska sp. z o.o. do wysłania następujących dokumentów:

.....  
.....  
za pośrednictwem **Poczty Polskiej S.A. / firmy kurierskiej (przesyłka polecona za zwrotnym potwierdzeniem odbioru) / poczty elektronicznej (e-mail)\*** na poniższy adres:

Adres pocztowy: .....

E-mail: .....

W przypadku przesyłania dokumentacji pocztą elektroniczną, hasło do zaszyfrowanego pliku zawierającego kopię dokumentacji zostanie przesłane w formie SMS, pod numer:

Numer telefonu komórkowego: .....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

.....  
czytelny podpis Pacjenta

.....  
czytelny podpis pracownika Kliniki

\* Skreślić niewłaściwe