



Kraków, dnia.....

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

Oświadczenie pacjenta

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na przesłanie mi przez personel SCM Gastromedica w formie elektronicznej wyników badania/konsultacji lekarskiej/ inna dokumentacja, innych informacji, które mogą mnie dotyczyć, a są związane z usługami świadczonymi przez SCM Gastromedica *

.....

W/w informacje proszę przesłać na mój adres mailowy:

*)niepotrzebne skreślić

.....

data i podpis pacjenta