

DEKLARACJA SPOSOBU WYDANIA WYNIKÓW BADANIA

SZANOWNI PAŃSTWO,

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE LITERAMI DRUKOWANYMI PONIŻSZEJ ANKIETY

POLA DO ZAZNACZENIA POPRAWNEJ ODPOWIEDZI ZAZNACZAMY SYMBOLEM

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

PESEL:

ADRES:

TELEFON:

W JAKI SPOSÓB MA ZOSTAĆ WYDANY WYNIK BADANIA:

WYSYŁKA NA PODANY ADRES E-MAIL
ODBIÓR OSOBISTY
OSOBA UPOWAŻNIONA

ZAZNACZ WŁAŚCIWE

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ I/LUB SPRECYZOWANIE ADRESU E-MAIL:

ZGODA NA WYSŁANIE ANKIETY SATYSFAKCJI PO BADANIU:

WYRAŻAM ZGODĘ NA OTRZYMANIE DROGĄ MAILOWĄ ANONIMOWEJ ANKIETY SATYSFAKCJI ORAZ KRÓTKIEJ INFORMACJI HANDLOWEJ OD MR DIAGNOSTIC SP. Z O.O.

TAK

NIE

MIEJSCOWOŚĆ:

DNIA:

CZYTELNY PODPIS PACJENTA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------