

Elbląg tel.: (55) 506 55 55
Ława tel.: (89) 506 55 66
Bartoszyce tel.: (89) 506 55 56
Działdowo tel.: (23) 306 75 55
Ostróda tel.: (89) 506 55 99

NIP 5783078480 www.mrdiagnostic.pl

**Twoje zdanie jest dla nas ważne.
Zeskanuj poniższy kod QR i wypełnij ankietę.**



DEKLARACJA SPOSOBU WYDANIA WYNIKÓW BADANIA

Szanowni Państwo,

prosimy o czytelne wypełnienie literami drukowanymi poniższej deklaracji i o zaznaczenie kółkiem właściwych odpowiedzi według poniższego przykładu.

PRZYKŁAD:

<input checked="" type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
--------------------------------------	---------------------------

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

PESEL PACJENTA:

ADRES:

TELEFON KONTAKTOWY:

PORTAL PACJENTA:

Wyrażam zgodę na odbiór wyników poprzez Portal Pacjenta.	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
--	---------------------------	---------------------------

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADANIA:

Upoważniam poniższą osobę/-y do odbioru wyników badania rezonansem magnetycznym. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż przekazanie wyników badania rezonansem magnetycznym osobie upoważnionej oznacza udostępnienie jej moich danych medycznych.	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
--	---------------------------	---------------------------

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

1. Imię i nazwisko	1. PESEL lub data urodzenia
2. Imię i nazwisko	2. PESEL lub data urodzenia

ZGODA NA WYSŁANIE ANKIETY SATYSFAKCJI PO BADANIU:

Wyrażam zgodę na otrzymanie drogą mailową anonimowej ankiety satysfakcji oraz krótkiej informacji handlowej od MR Diagnostic.pl Sp. z o.o. Sp. k.	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
---	---------------------------	---------------------------

MIEJSCOWOŚĆ:

DNIA:

CZYTELNY PODPIS PACJENTA:

--	--	--

Informacja na temat zasad i warunków przetwarzania danych osobowych dostępna na stronie internetowej:
<https://mrdiagnostic.pl/dla-pacjenta/rodo/>