

	Szpital Kielecki św. Aleksandra Sp. z o.o. ul. Kościuszki 25, 25-316 Kielce	<b>DO/Z/1</b>	<b>PP 2</b>
	<b>ZGODA NA ODBIÓR WYNIKÓW BADAŃ</b>	Aktualizacja/ Data aktualizacji	01 / 09.03.2026
		Strona	1 / 1

Ja, niżej podpisany/a:

.....PESEL .....  
 wyrażam zgodę na (właściwe zaznaczyć **X**):

- przesłanie wyników badań diagnostycznych przez Szpital Kielecki św. Aleksandra sp. z o.o.  
 na podany przeze mnie adres e-mail: .....

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną. Zostałem/am poinformowany/a, że przesyłane mailem pliki będą zaszyfrowane i zabezpieczone hasłem, które zostanie przesłane SMS-em na podany nr tel.:

.....

- odbiór wyników badań przez upoważnioną przeze mnie osobę:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

Nr dowodu osobistego (lub innego dowodu tożsamości) osoby upoważnionej: .....

.....  
Data i podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego)