

ŽIADOSŤ O ZASLANIE VÝSLEDKOV ZDRAVOTNÝCH VYŠETRENÍ E-MAILOM



ALPHA MEDICAL
člen skupiny Unilabs

Ja (meno a priezvisko pacienta)

svojím podpisom potvrdzujem, že žiadam o doručenie výsledkového listu obsahujúceho výsledky zdravotných vyšetrení, ktoré som žiadal(a) vyšetriť dňa

na e-mailovú adresu

Zároveň som si vedomý(á), že zaslaný súbor bude chránený heslom, ktoré bude odoslané na mobilné telefónne číslo

Podpis

Dátum

ŽIADOSŤ O ZASLANIE VÝSLEDKOV ZDRAVOTNÝCH VYŠETRENÍ E-MAILOM



ALPHA MEDICAL
člen skupiny Unilabs

Ja (meno a priezvisko pacienta)

svojím podpisom potvrdzujem, že žiadam o doručenie výsledkového listu obsahujúceho výsledky zdravotných vyšetrení, ktoré som žiadal(a) vyšetriť dňa

na e-mailovú adresu

Zároveň som si vedomý(á), že zaslaný súbor bude chránený heslom, ktoré bude odoslané na mobilné telefónne číslo

Podpis

Dátum