**Maj-Dent**

Przychodnia Stomatologiczna
ul. Żołny 42, 02-815 Warszawa

maj-dent@maj-dent.pl | 22 894 40 76 | 502 227 200

# Dyspozycja przesłania dokumentacji e-mailem

Wskazanie adresu odbiorcy i sposobu przekazania hasła do konkretnego wniosku.

## 1. Dane pacjenta i wnioskodawcy

Imię i nazwisko pacjenta: _____

PESEL, a jeśli go nie nadano: data urodzenia oraz rodzaj i numer dokumentu tożsamości: _____

_____

☐ Pacjent ☐ Przedstawiciel ustawowy ☐ Inna osoba uprawniona

Imię i nazwisko wnioskodawcy, jeśli to inna osoba: _____

Podstawa uprawnienia: _____

## 2. Dokumentacja objęta dyspozycją

Data wniosku / zakres dokumentacji lub badań: _____

_____

## 3. Dane odbiorcy

Imię i nazwisko uprawnionego odbiorcy: _____

Adres e-mail (prosimy wpisać czytelnie): _____

Telefon odbiorcy do przekazania hasła SMS: _____

Inny uzgodniony kanał przekazania hasła, jeśli bez SMS: _____

Proszę o przesłanie wskazanej dokumentacji medycznej na powyższy adres e-mail w zaszyfrowanym pliku. Hasło proszę przekazać oddzielnym kanałem. Proszę o kontakt, jeżeli rozmiar plików wymaga uzgodnienia innego bezpiecznego sposobu przekazania.

Dyspozycja dotyczy tego wniosku i nie oznacza automatycznej wysyłki przyszłej dokumentacji. Do czasu wysłania mogę zmienić adres lub sposób odbioru. Wskazanie cudzej skrzynki nie zastępuje upoważnienia do otrzymania dokumentacji.

Data: _____ Podpis wnioskodawcy: _____

Dane przetwarzamy na podstawie przepisów dotyczących dokumentacji medycznej; nie jest to odrębna zgoda na przetwarzanie danych w rozumieniu RODO. Maj-Dent weryfikuje uprawnienia odbiorcy i odpowiada za bezpieczeństwo udostępnienia.