

Imię, nazwisko, nr pesel pacjenta	
Adres zamieszkania	
Adres e-mail	
Tel. Kontakt	

Oświadczenie o danych do korespondencji elektronicznej

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na wysyłanie w formie przekazu elektronicznego (e-mail) wszelkiej korespondencji ze strony przychodni medycznej Green Medica S. C. Korespondencja ta może zawierać informacje poufne dostępne jedynie dla osoby, której dotyczą. Każdorazowo poinformuję o zmianie adresu e-mail, gdy taka nastąpi.

Podpis i data