



Egészségügyi adat kezelésére vonatkozó nyilatkozat az utólagos lelet kiadásokhoz

Alulírott, (szül:.....)

anyja neve:....., szig.szám:.....)

..... szám alatti lakos jelen nyilatkozat aláírásával úgy nyilatkozom, hogy a Budai Egészségközpont Kft. (Cg: 01-09-692609, adószám: 12560044-2-43, 1126 Budapest, Nagy Jenő u. 8.) által elkészített 1997. évi XLVII. törvény szerint egészségügyi adatnak minősülő dokumentumot:

Személyesen veszem át a Budai Egészségközpont Kft. székhelyén (1126 Budapest, Nagy Jenő u. 8.)

Teljes bizonyító erejű magánokiratban (két tanú aláírásával és lakcímével ellátott, ügyvédi ellenjegyzéssel ellátott, közjegyzői ellenjegyzéssel ellátott) **Meghatalmazottam útján veszem át** a Budai Egészségközpont Kft. székhelyén (1126 Budapest, Nagy Jenő u. 8.)

Részemre az alábbi címre **ajánlott levélben** postai úton kézbesítse
Levelezési cím:.....

Részemre azt **elektronikus okirat formájában az alábbi e-mail címre** kézbesítse, papír alapú formátumra nem tartok igényt

E-mail cím:.....

Részemre az alábbi FAX számra küldje
FAX szám:.....

Egyéb (pl: Kezelőorvos, más egészségügyi szolgáltató, hozzátartozó részére kéri megküldeni, kérjük szíveskedjen nevet, címet megjelölni)

Hozzájárulok ahhoz, hogy a Budai Egészségközpont Kft. a részére rendelkezésre bocsátott alábbi

mobiltelefon

e-mail

levél

elérhetőségeim útján marketing jellegű megkereséssel éljen felém, azzal, hogy ezen adatokat harmadik személy felé nem továbbíthatja.

Tudomásul veszem, hogy a fenti nyilatkozatomban foglaltak addig hatályosak, amíg a Budai Egészségközpont Kft-nél személyesen újabb adatkezelési nyilatkozatot nem teszek.

Budapest,..... napján

.....
aláírás