



ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

με ΑΡΙΘΜΟ ΑΔΤ

με την παρούσα **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ** τον/την του.....

με **ΑΡΙΘΜΟ ΑΔΤ**

να παραλάβει τον **κλειστό φάκελο** με τα αποτελέσματα των εξετάσεών μου από τη Γραμματεία του Ιπποκράτης Πυρηνική Ιατρική Ανατολικής Θεσσαλονίκης στην οδό Ανδριανουπόλεως 1^Α που πραγματοποιήθηκαν στις /...../.....

Αναγνωρίζω ότι τα ανωτέρω στοιχεία αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα υγείας που αφορούν αποκλειστικά το πρόσωπό μου και απαλλάσσω το Διαγνωστικό Κέντρο από κάθε ευθύνη για τυχόν γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων μου σε τρίτα πρόσωπα που αποκτήσουν με οποιοδήποτε τρόπο πρόσβαση στα ανωτέρω.

Υπογραφή Εξεταζόμενου

.....