

WNIOSEK O PRZYGOTOWANIE OPINII
LOGOPEDYCZNA/PEDAGOGICZNA/
PSYCHOLOGICZNA/APD/SI/BI/WARNKEGO/JOHANSENA/NEUROFLOW*

Dane osoby wnioskującej o wydanie opinii:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inną osobą niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- Przygotowanie i wydanie opinii APD/ LOGOPEDYCZNEJ/ PSYCHOLOGICZNEJ / PEDAGOGICZNEJ/SI/BI/WARNKEGO/JOHANSENA/NEUROFLOW*

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
 proszę wysłać na adres:

proszę wysłać na adres e-mail.....

odbierze osoba upoważniona:

Niniejszym upoważniam Panią/Pana:

– imię i nazwisko:

– PESEL lub numer dowodu osobistego.....

do odbioru opinii w moim imieniu.

.....
Podpis wnioskodawcy

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów przygotowania opinii.

.....
miejsowość, data

.....
Podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA OPINII

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór opinii.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

Wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez:

POLSKI ZWIĄZEK GŁUCHYCH DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O., PRZY UL. BRANIBORSKIEJ 2/10, 53-680 WROCLAW w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności **POLSKIEGO ZWIĄZKU GŁUCHYCH DOLNOŚLĄSKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O., przy UL.BRANIBORSKIEJ 2/10, 53-680 WROCLAW.**

- Niepotrzebne skreślić