



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΑΔΤ

Δηλώνω ότι επιθυμώ να μου αποστείλετε τα αποτελέσματα των εξετάσεών μου από/...../.....

με ηλεκτρονικά μέσα και συγκεκριμένα:

- με **e-mail** στην ηλεκτρονική μου διεύθυνση:
Επιθυμώ να αποσταλούν τα αποτελέσματα
- στον **παραπέμποντα ιατρό μου**, στην
ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση e-mail:

Έλαβα γνώση της Πολιτικής Εχεμύθειας του διαγνωστικού κέντρου Ίπποκράτης Κέντρο Πυρηνικής Ιατρικής'' κατά την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων μου για τον σκοπό της αποστολής των ιατρικών μου αποτελεσμάτων. Ενημερώθηκα από το Διαγνωστικό Εργαστήριο για τα ακόλουθα:

- Επιβεβαιώνω ότι η διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου **e-mail** μου είναι η ανωτέρω και δεν επιθυμώ την επαλήθευσή της με άλλο τρόπο.

Δηλώνω ρητώς ότι αναγνωρίζω πλήρως τους κινδύνους που ενέχει η αποστολή των ιατρικών μου αποτελεσμάτων με τα ανωτέρω ηλεκτρονικά μέσα. Απαλλάσσω το Διαγνωστικό Εργαστήριο από κάθε ευθύνη για τυχόν γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων μου σε τρίτα πρόσωπα που ενδέχεται να αποκτήσουν με οποιοδήποτε τρόπο πρόσβαση στα ανωτέρω, η οποία εκ των προτέρων αναγνωρίζω ότι δεν θα οφείλεται σε πράξη ή παράλειψη του Διαγνωστικού Κέντρου.

Υπογραφή εξεταζόμενου

.....