



**Lekarska Specjalistyczna Spółdzielnia Pracy „Eskulap”  
Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej  
ul. Nowy Świat 11C, 15-453 Białystok**

## **ZGODA NA PRZESŁANIE WYNIKÓW BADAŃ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ**

Ja, niżej podpisany/a: ..... wyrażam zgodę na przesłanie wyników badań laboratoryjnych przez Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej „Eskulap”, ul. Nowy Świat 11C, 15-453 Białystok, na podany przeze mnie adres e-mail:

.....

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a ryzyka, jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną.

Białystok, dnia : .....

Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę: .....