

Souhlas s elektronickým zasíláním lékařských zpráv a výsledků

Já, jako zákonný zástupce, souhlasím, aby **ambulance IMMUNIA spol. s r.o., Křižíkova 435/109, Praha 8**, zasílala lékařské zprávy a laboratorní výsledky mého dítěte..... na níže uvedený e-mail.

Jsem si vědom/a rizik a beru tímto na vědomí, že jde o nezabezpečenou cestu komunikace s možným únikem osobních a zdravotních dat.

E-mailová adresa:

Heslo pro telefonickou konzultaci: **poslední čtyři čísla rodné čísla dítěte**

Za tyto administrativní služby, které nejsou hrazeny zdravotním pojištěním, je 1x ročně účtován poplatek 250,- Kč

V Praze dne:

Podpis: