

Souhlas s elektronickým zasíláním lékařských zpráv a výsledků

Já, jako zákonný zástupce, souhlasím, aby ambulance IMMUNIA spol. s r.o., Thámová 183 /11, 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 číslice rodného čísla dítěte**

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

V Praze dne:

Podpis: