



Ημερομηνία:/...../.....

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
(ανά επίσκεψη)**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η (ον/μο).....
του, κάτοικος, Οδός
κάτοχος του υπ' αρ. ΑΔΤ ή Αρ. Διαβατηρίου,
ΑΜΚΑ

Δηλώνω ότι **επιθυμώ** να μου αποστείλετε τα αποτελέσματα των από εξετάσεών μου
με ηλεκτρονικά μέσα και συγκεκριμένα:

- με **e-mail** στην ηλεκτρονική μου διεύθυνση:
- Επιθυμώ να λάβω τα αποτελέσματα
μέσω υπηρεσίας **courier**, με χρέωση
που θα βαρύνει εμένα για τη σχετική υπηρεσία.
Στοιχεία παραλήπτη:
- Επιθυμώ να αποσταλούν τα αποτελέσματα
στον **παραπέμποντα ή τον θεράποντα ιατρό** μου,
στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση:

**Έλαβα γνώση της Πολιτικής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Ασθενούς του
Γενικού Νοσοκομείου Λευκάδας σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων
μου για τον σκοπό της παροχής των ιατρικών υπηρεσιών που επιθυμώ. Ενημερώθηκα από το
Νοσοκομείο και δηλώνω 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 Νοσοκομείο 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 Νοσοκομείου.

Ο/Η αιτών/ ούσα