



Ημερομηνία...../...../.....

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ  
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

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

με την παρούσα **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ** τον/την.....  
του....., με ΑΔΤ/Διαβατήριο/Διπλ. Οδηγ. ....,

ή τον/την.....ΤΟΥ.....,  
με ΑΔΤ/Διαβατήριο/Διπλ. Οδηγ. ....,

**να παραλάβει τον κλειστό φάκελο με τα αποτελέσματα των από ...../...../.....  
εξετάσεών μου.**

*Αναγνωρίζω ότι τα ανωτέρω στοιχεία αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα υγείας που αφορούν αποκλειστικά το πρόσωπό μου και απαλλάσσω το Νοσοκομείο από κάθε ευθύνη για τυχόν γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων μου σε τρίτα πρόσωπα που αποκτήσουν με οποιοδήποτε τρόπο πρόσβαση στα ανωτέρω.*

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ουσα

.....

Ημερομηνία Παραλαβής Αποτελεσμάτων:

.....

Ο/Η Παραλαβών/ούσα

.....