



Ημερομηνία...../...../.....

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ**

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 το πιστοποιητικό που αιτήθηκα από το Πρωτόκολλο
του Νοσοκομείου.

*Αναγνωρίζω ότι το ανωτέρω πιστοποιητικό περιέχει ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα
υγείας που αφορούν αποκλειστικά το πρόσωπό μου και απαλλάσσω το Νοσοκομείο από
κάθε ευθύνη για τυχόν γνωστοποίηση των στοιχείων αυτών σε τρίτα πρόσωπα που
αποκτήσουν με οποιοδήποτε τρόπο πρόσβαση στα ανωτέρω*

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ουσα

.....

Ημερομηνία Παραλαβής Αποτελεσμάτων:

.....

Ο/Η Παραλαβών/ούσα

.....