SOUHLAS SE ZASÍLÁNÍM E-RECEPTŮ.

Já, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , narozen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

se zasíláním e-receptů na mou emailovou adresu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nebo formou textové zprávy ( SMS ) na mé telefonní číslo +420 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V případě změny emailové adresy či telefonního čísla, souhlasím s tím, že neprodleně o této změně budu informovat poskytovatele zdravotních služeb Esmedicum s.r.o.

 Podpis pacienta/zákonného zástupce. Podpis lékaře.

V Praze \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .