

Przychodnia  
E. Czerczuk  
Friedrich-List-Str. 10  
02827 Görlitz

## oświadczenie

wyrażam zgodę na przypomnienie o profilaktyce, badaniach i szczepieniach

- Badanie zdrowia „Check up“
- profilaktyka raka
- badania kontrolne w programie „DMP“
- szczepionki

Proszę o poinformowanie mnie poprzez:

- pocztę (Adres j.w.)
- Fax Numer Fax: \_\_\_\_\_
- E-Mail Adres E-Mail: \_\_\_\_\_
- Telefon Numer Telefonu: \_\_\_\_\_
- SMS Numer komórkowy: \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przypomnienie o w.w. terminach.

Na wszystkie moje pytania została udzielona mi odpowiedź

Zostałem-/ łam poinformowany-/ na iż w w każdej chwili Mogę wyżej wymienioną deklarację odwołać.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, Data

\_\_\_\_\_  
Podpis