MALVITA
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

# KARTECZKA NA ZAPIS LUB ZAMÓWIENIE RECEPTY

*Kartkę należy przesłać mailem: przychodnia@malvita.pl*
*lub zanieść do skrzyneczki znajdującej się w wejściu do przychodni.*

*Recepty wypisywane są do 5 dni roboczych, numer recepty wysyłany jest sms na numer telefonu podany w przychodni.*

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Tel. .....

Porada specjalistyczna TAK / NIE

Porada lekarza rodzinnego / pediatry TAK / NIE

Inna , jaka ….....

Cel porady? (recepta, skierowanie, zwolnienia , dolegliwości związane z )

….....

….....

….....

….....

….....

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych w celu uzyskania porady medycznej
Z pełną treścią dokumentu dot. RODO można zapoznać się na stronie www.malvita.pl

….....…

Podpis Pacjenta