Souhlas s poskytnutím údajů ze zdravotní dokumentace

Dávám tímto svůj souhlas, aby MUDr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mohl poskytnout údaje ze zdravotní dokumentace zástupci CCBR Ostrava s.r.o. pro účely posouzení pro zařazení do klinického hodnocení.

Jméno : ………………………………………………………………………………

Datum narození : ……………………………………………………………………….

Adresa : ……………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………………………..

V Ostravě dne : ……………………………………………..

Podpis : ………………………………………………………………………………………..