
DATA PIERWSZEJ KONSULTACJI:

INFORMACJE OSOBOWE

IMIĘ: _____ **NAZWISKO:** _____

Data urodzenia: _____

Nr pesel: _____

ADRES: ulica _____ nr domu _____ m _____

 kod pocztowy _____ - _____ miasto _____

TELEFONY: komórkowy _____

 dom _____

E-MAIL: _____

SKYPE: _____

GŁÓWNY PROBLEM ZDROWOTNY: _____

Zgody obowiązkowo muszą zostać podpisane

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na leczenie przez dr n. med. Magdalenę Cubałę-Kucharską. Jest to jednoznaczne z akceptacją regulaminu dostępnego w Gabinetcie oraz na stronie internetowej www.drcubala.com.

Podpis:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach otrzymywania drogą elektroniczną informacji dotyczących konsultacji, wyników badań, zaleceń oraz działalności gabinetu.

Podpis: