

.....

*(imię i nazwisko)*

Grodzisk Wlkp. dnia .....

.....

*(PESEL)*

.....

*(adres zamieszkania)*

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie mi wyników testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2:

telefonicznie na nr telefonu.....

lub

formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej.....

przy czym zostałam/em uprzedzona/y o konieczności sprawdzenia zabezpieczenia mojej skrzynki poczty elektronicznej u mojego dostawcy usług internetowych.

.....

*(czytelny podpis imię i nazwisko)*