



BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT

Biztonság és szakértelem

MINTALEADÁSI NYILATKOZAT

Alulírott (név:) (anyja neve:
születési hely és idő:, lakcíme:)
felelősségem tudatában akként nyilatkozom, hogy **az alábbi labormintát, az alább megjelölt személy nevében adtam le:**

A laborminta pontos megjelölése:.....

A laborminta a következő személytől származik:

-Név:.....

-Lakcím:.....

-Anyja neve:.....

-TAJ szám:.....

Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatban foglalt személyes adataimat az adatkezelő Budai Egészségközpont Zrt. adatkezelő elszámoltatható, ellenőrizhető működésének alátámasztása céljából, jogos érdek jogalapon, 5 évig megőrzi. Kérjük olvassa el a honlapunkon (<https://www.bhc.hu>) található adatkezelési tájékoztatót. Kérdése esetén rendelkezésére állunk.

Budapest,

.....

Páciens

.....

Nyilatkozattévő személy

BUDAI EGÉSZSÉGGÖZPONT ZRT.

1126 BUDAPEST, KIRÁLYHÁGÓ UTCA 1-3.

T: +36 1 489 5200 E: INFO@BHC.HU W: WWW.BHC.HU

Superbrands

