

Εξουσιοδότηση Παραλαβής Αποτελεσμάτων Εργαστηριακών Εξετάσεων από Τρίτο Άτομο
ή/και Αποστολή τους μέσω email ή/και Φαξ

Το American Medical Center θα παραδώσει τα αποτελέσματα των εργαστηριακών σας εξετάσεων σε τρίτο άτομο, ή/και θα τα αποστείλει μέσω email ή/και φαξ, μόνο εφόσον εσείς το εξουσιοδοτήσετε.

Εγώ ο/η με αριθμό ταυτότητας..... εξουσιοδοτώ (σημειώστε με ✓ την / τις επιλογές σας):

τον/την με αριθμό ταυτότητας..... να παραλάβει εκ μέρους μου τα αποτελέσματα των εξετάσεων μου

την αποστολή των αποτελέσματα των εξετάσεων μου στο email:

την αποστολή των αποτελέσματα των εξετάσεων μου στο φαξ:

Η εξουσιοδότηση ισχύει μόνο για τα αποτελέσματα των εργαστηριακών μου εξετάσεων που διενεργήθηκαν στις (ημερομηνία εξέτασης).

Υπογραφή

Ημερομηνία

.....

.....

Το American Medical Center συμμορφώνεται με το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων και ως εκ τούτου τα δεδομένα που μας παρέχετε πιο πάνω θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό για τον οποίο έχετε συναινέσει. Έχετε το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής των δεδομένων σας ή να ζητήσετε περιορισμό συγκεκριμένης επεξεργασίας. Δεν θα μεταφέρουμε τα προσωπικά σας δεδομένα σε τρίτους πέραν σε όσους μας εξουσιοδοτήσατε ή σε όσους είναι απαραίτητο για την παροχή υπηρεσιών υγείας προς εσάς. Δε θα χρησιμοποιήσουμε τα προσωπικά δεδομένα σας για άλλους σκοπούς εκτός από τον σκοπό για τον οποίο μας τα δώσατε. Σε περίπτωση που χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων και την άσκηση των δικαιωμάτων σας, μπορείτε να διαβάσετε την πολιτική απορρήτου μας στη διεύθυνση <http://www.amc.com.cy> ή να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας Δεδομένων μέσω email στη διεύθυνση DPO@amc.com.cy.