

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η (ον/μο)..... Του.....  
κάτοικος.....Οδός..... κάτοχος του υπ' αρ.  
ΔΑΤ/ΑΤ ..... με ΑΦΜ .....,  
ΑΜΚΑ .....

Με την παρούσα **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ** τον/την ..... ΤΟΥ  
....., κάτοικο .....

Οδός..... με

ΑΔΤ/Διαβατήριο/ Διπλ. Οδηγ.....

να παραλάβει τον **κλειστό φάκελο** με τα αποτελέσματα των από ..... εξετάσεών μου από την

Γραμματεία του Διαγνωστικού LIFE CODE ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕ

*Αναγνωρίζω ότι τα ανωτέρω στοιχεία αποτελούν προσωπικά δεδομένα υγείας που αφορούν αποκλειστικά στο πρόσωπό μου, και σας απαλλάσσω από κάθε ευθύνη για την τυχόν γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων σε τρίτα πρόσωπα που αποκτήσουν με οποιοδήποτε τρόπο πρόσβαση στα ανωτέρω.*

Ημερομηνία Δήλωσης:

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ουσα

.....

.....

Ημερομηνία Παραλαβής Αποτελεσμάτων:

Ο/Η Παραλαβών/ούσα

.....

.....