

Wykaz danych teleadresowych do przekazania wyników badań oraz udzielania informacji dotyczących zleconych badań, które zostały wskazane przez Udzielającego Zamówienia

Adres dostarczania wyników badań i zwrotu bloczków parafinowych/niewykorzystanych rozmazów cytologicznych za pośrednictwem operatorów pocztowych i kurierskich:

- ☐ Przesyłka na adres **według skierowań***;
☐ Przesyłka na **wskazany adres*** (dokładne miejsce dostarczenia: np. Oddział, piętro, nr pokoju itp.):

Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie:

- Oddział , ul. Prądnicka 35, 31-202 Kraków (Sekretariat piętro)
- Oddział , ul. Prądnicka 35, 31-202 Kraków (Sekretariat piętro)
- Oddział , ul. Prądnicka 35, 31-202 Kraków (Sekretariat Piętro)

Dane teleadresowe do przekazania wyników badań oraz informacji dotyczących zleconych badań		
Oddział	Nr telefonu	Adres e-mail
Oddział.....		
Oddział.....		
Oddział.....		

Niniejszym potwierdzam, że w/w dane teleadresowe służą do odbioru wyników badań pacjentów Udzielającego Zamówienia.

Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do zapewnienia, że wskazane urządzenia oraz adresy elektroniczne są obsługiwane wyłącznie przez osoby upoważnione i zobowiązane do zachowania danych w tajemnicy.

Uwaga:

Zmiana danych wymienionych w niniejszym załączniku wymaga powiadomienia Przyjmującego Zamówienie drogą elektroniczną i wchodzi w życie od dnia otrzymania przez Przyjmującego Zamówienie informacji o zmianie. Zmiana, o której mowa w poprzednim zdaniu, nie stanowi zmiany Umowy i nie wymaga zachowania formy aneksu.

.....
(data)

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania
Udzielającego Zamówienia)

* Wybrać właściwe