



Αθήνα, \_\_ / \_\_ / \_\_

---

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ  
ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

---

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος/η

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Α.Μ.Κ.Α.:

με την παρούσα **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ** τον/την

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ Α.Τ.:

να παραλάβει τον κλειστό φάκελο με τα αποτελέσματα εξετάσεών μου από τη Γραμματεία του ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ στην οδό Βασ. Σοφίας 114<sup>Α</sup>, που πραγματοποιήθηκαν την \_\_ / \_\_ / \_\_.

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

Ο Εξουσιοδοτών/ούσα

---

Υπογραφή

Ο Παραλαβών/ούσα

---

Υπογραφή

Ημερομηνία παραλαβής: \_\_ / \_\_ / \_\_