

يرجى ملء النموذج التالي لمنح شركة NovaSwissMed التفويض لنقل بياناتك الطبية. سيتم نقل البيانات حصرياً في إطار رعايتك الطبية إلى المؤسسات الطبية اللازمة للعلاج.

البيانات الشخصية

الاسم الأول واسم العائلة:

الجنس: تاريخ الميلاد:

العنوان (الشارع ورقم المنزل):

الدولة: المدينة: الرمز البريدي:

رقم جواز السفر: رقم الهاتف:

عنوان البريد الإلكتروني:

بيان التفويض:

أفوض بموجب هذا شركة NovaSwissMed، ممثلة بالسيد محمد خير ناجي، بنقل بياناتي الطبية إلى الجهات الطبية الأخرى المعنية. يتم نقل البيانات حصرياً لغرض التوضيح والعلاج والتنسيق في رعايتي الطبية، ويقتصر ذلك على المؤسسات الضرورية لهذا الغرض.

أقر بأن جميع المعلومات التي قدمتها كاملة وصحيحة وتطابق الحقيقة.

يصح هذا التفويض ملزماً قانونياً بتوقيعي - سواء تم تأكيده رقمياً أو التوقيع عليه يدوياً.

أعلن موافقتي على نقل بياناتي الطبية إلكترونياً.

المكان، التاريخ:

توقيع (المريض):

توقيع الجهة المفوضة
(NovaSwissMed)