

Alulírott

NÉV:	
SZÜLETÉSI NÉV:	
ANYJA NEVE:	
LAKCÍM:	
SZÜLETÉSI HELY ÉS IDŐ:	

büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a szolgáltatást igénybe vevő

NÉV:	
SZÜLETÉSI NÉV:	
ANYJA NEVE:	
LAKCÍM:	
SZÜLETÉSI HELY ÉS IDŐ:	
TAJ SZÁM:	

(a továbbiakban: „**Szolgáltatást igénybe vevő**”) engem szóban meghatalmazott, hogy önállóan és teljes jogkörben képviseljem, szóban és írásban egyaránt az általa a **SYNLAB Hungary Kft.-nél** (székhely: 1211 Budapest, Weiss Manfréd út 5-7., cégjegyzékszám: 01-09-923956; továbbiakban „**SYNLAB**”), mint egészségügyi szolgáltatónál kezdeményezett szolgáltatás nyújtása érdekében, a Szolgáltatást igénybe vevő által adott, az egészségügyi szolgáltatás SYNLAB által való nyújtásához szükséges minta leadásában, illetve a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges nyilatkozatok (ideértve különösen a személyes adatok kezeléséhez szükséges hozzájárulást) aláírásában. Kijelentem, hogy a Szolgáltatást igénybe vevő azon személyes adatainak átadására jogosult vagyok, amelyek a SYNLAB által az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükségesek.

Kijelentem, hogy a részemre átadott minden, a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatót és információt a Szolgáltatást igénybe vevő részére átadok. Kijelentem, hogy a Szolgáltatást igénybevevő kifejezetten hozzájárult, hogy nevében a személyes adatai kezelésével kapcsolatos jognyilatkozatot tegyek.

Kijelentem és kifejezetten kötelezettséget vállalok, hogy az átadás elmulasztásából, vagy bármely jelen nyilatkozatban foglaltak valótlanágából eredő, a SYNLAB-ot érő kárt a SYNLAB részére megtéríteni köteles vagyok.

Kelt: _____ (helység) _____ (év, hónap, nap)

Aláírás:	
----------	--

Név (olvasható):	
------------------	--

Előttünk, mint tanúk előtt Kelt: _____ (helység) _____ (év, hónap, nap):

Aláírás:	Aláírás:
Név (olvasható):	Név (olvasható):
Lakcím:	Lakcím: