

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, sólo se facilitarán las pruebas previa Identificación, al paciente o a la persona debidamente autorizada.



D./D^a. _____
con D.N.I. nº _____ **AUTORIZO** a

D./D^a. _____
con D.N.I. nº _____ recoger en mi nombre los resultados de la exploración diagnóstica que me ha sido realizada con fecha de ____/____/____, y eximo, a CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN TC 64, S. L. de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de tal entrega.

Fecha y Firma:

ENTREGA DE RESULTADOS

*“Es **imprescindible** aportar este documento debidamente cumplimentado el día de recogida de los resultados. **En caso contrario, NO será posible dicha entrega.**”*

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, sólo se facilitarán las pruebas previa Identificación, al paciente o a la persona debidamente autorizada.



CLÍNICA
IMQ Zorrotzaurre
KLÍNIKA

D./D^a. _____
con D.N.I. nº _____ **RECOJO** los resultados de la exploración diagnóstica que me ha sido realizada con fecha de ____/____/____, y eximo, a CLÍNICA VICENTE SAN SEBASTIÁN TC 64, S. L. de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de tal entrega.

Fecha y Firma:

ENTREGA DE RESULTADOS

*“Es **imprescindible** aportar este documento debidamente cumplimentado el día de recogida de los resultados. **En caso contrario, NO será posible dicha entrega.**”*