

Załącznik 1B Porozumienie o anulowaniu powierzenia przetwarzania danych osobowych

Wykaz osób którym należy anulować możliwość odbioru wyników badań w formie papierowej

Lp.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Tytuł zawodowy/Stanowisko	Numer PWZ (jeśli dotyczy)

Niniejszym potwierdzam, że w/w osoby mają anulowany dostęp do odbioru wyników badań pacjentów Kontrahenta w formie papierowej.

Uwaga:

Zmiana wykazu osób upoważnionych po Stronie Kontrahenta wymaga każdorazowej aktualizacji niniejszego załącznika.

.....

(data, pieczęć, podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Kontrahenta)