

Skawina, dnia.....

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOSTĘPU  
DO SYSTEMU INTERNETOWEJ REJESTRACJI PACJENTÓW**

Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Adres zameldowania.....

Adres e-mail .....

Telefon kontaktowy .....

Nazwisko lekarza pierwszego kontaktu .....

Oświadczam, że zapoznałem się z „Regulaminem korzystania z systemu internetowej rejestracji pacjentów Przychodni Zdrowia Skawina” umieszczonym na stronie internetowej Przychodni (lub / i tablicy ogłoszeń) i akceptuję jego warunki.

.....  
czytelny podpis składającego wniosek lub opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany adres e-mail informacji od Przychodni Zdrowia Skawina Sp. z o. o.

.....  
czytelny podpis składającego wniosek lub opiekuna prawnego

**[wypełnia Przychodnia]**

Wniosek przyjęty dnia : ..... przez .....

Wygenerowane hasło dostępu do internetowej rezerwacji wizyt lekarskich zostało wydane:

dnia .....  
.....

czytelny podpis odbierającego hasło

Uwagi :

- 1) login i indywidualne hasło dostępu pacjent odbiera osobiście lub za upoważnieniem osoby trzeciej w Rejestracji po upływie 2 dni od daty złożenia wniosku
- 2) otrzymane hasło należy zmienić przy pierwszym logowaniu do systemu
- 3) obsługa systemu internetowej rejestracji nie ma dostępu do haseł dostępowych i nigdy nie zwraca się w żadnej formie do pacjentów o jego udostępnienie
- 4) w przypadku zapomnienia hasła, należy wygenerować nowe hasło na stronie internetowej lub złożyć wniosek w Przychodni Zdrowia Skawina
- 5) rezerwacji internetowej można dokonać po uzyskaniu hasła dostępowego wchodząc na stronę internetową [www.przychodnia.skawina.pl](http://www.przychodnia.skawina.pl) w zakładce Rejestracja internetowa.