

CUSTOM-MADE DEVICE REQUEST FORM

PATIENT

Förnamn:	
Efternamn:	
Personnummer:	

Underskrift	Datum
-------------	-------

Vilkor Mercado Medic AB är enligt lag skyldig att samla in och lagra ditt namn och personnummer och behålla dessa uppgifter i minst 10 år från leverans av den specialtillverkade produkten. Andra personuppgifter samlas in för att identifiera risker. Om ingen specialtillverkad enhet kan levereras kommer dina personuppgifter att raderas. När 10 år har passerat har du möjlighet att kontakta Mercado Medic för att få dina personuppgifter raderade. Genom att underteckna detta dokument godkänner du villkoren.

ANSVARIG FÖRSKRIVARE

Förnamn:	
Efternamn:	
Arbetsplats:	
Adress:	
Telefonnummer:	
Email:	

Underskrift	Datum
-------------	-------

Vilkor Mercado Medic AB är enligt lag skyldig att samla in och lagra ditt namn och personnummer och behålla dessa uppgifter i minst 10 år från leverans av den specialtillverkade produkten. Andra personuppgifter samlas in för att identifiera risker. Om ingen specialtillverkad enhet kan levereras kommer dina personuppgifter att raderas. När 10 år har passerat har du möjlighet att kontakta Mercado Medic för att få dina personuppgifter raderade. Genom att underteckna detta dokument godkänner du villkoren.