



VYRIDES CLINIC

Corner G. Marcora & 10 E. Papaioannou St., 1075 Nicosia / Cyprus
Tel: +357 22767020, Fax: +357 22760440, E-mail: vyrides-clinic@cytanet.com.cy

Registration Number:

Όνοματεπώνυμο/Name-Surname:

Φύλο/Sex:

Ημερ. γέννησης/Date of Birth:

Αρ. Ταυτότητας/ID/Passport:

Ασφάλεια/Insurance:

Επάγγελμα/Profession:

Τηλ. Εργασίας/ tel. work:

Τηλ. Οικίας/ tel. home:

Τηλ. Κινητό /Mobile phone:

Φαξ/FAX:

Διεύθυνση/Address:

Πόλη/Town:

Ηλεκ. ταχυδρομείο/Email:

Παραπέμπων Ιατρός:

Συγκατάθεση για εκτέλεση του εργαστηριακού ελέγχου που κρίνει ο ιατρός αναγκαίο για την διάγνωση/Consent for laboratory investigation needed for diagnosis

NAI	OXI
-----	-----

Συγκατάθεση για αποστολή των αναλύσεων στον ιατρό σας/ή στην ασφάλεια σας/ Consent for release of your lab test results to your doctor and/or insurance

NAI	OXI
-----	-----

Υπογραφή/Signature:

Ημερομηνία/Date: