



Clínica  
Universidad  
de Navarra

I, -----, hereby request and authorize the Clínica Universidad de Navarra to issue and send to me to the address described in the Request Form, a Second Opinion Report based upon the documentation supplied over my personal health status.

Given in ..... on ..... of ..... 201..

Mr. / Ms. ....ID Card / Passport Number.....

\*A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, y la Ley Foral de Navarra 11/2002, la Clínica Universidad de Navarra atiende al compromiso de velar por la Confidencialidad de sus datos personales.