



Clínica
Universidad
de Navarra

Yo,, solicito y autorizo a la Clínica Universidad de Navarra para que emita y posteriormente me envíe a la dirección indicada en el impreso de solicitud una Valoración de Segunda Opinión basada en la documentación/información médica facilitada sobre mi persona.

En, a de de 201..

D. / Dña.....

DNI.....

* La Clínica Universidad de Navarra atiende al compromiso de velar por la confidencialidad de sus datos personales y éstos serán tratados conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, y la Ley Foral de Navarra 17/2010 de 8 de noviembre, de derechos y deberes de personas en materia de salud.