

Pogórze, dnia _____ roku

Odwołanie upoważnienia stałego do odbioru wyników badań

Ja, niżej podpisana /y (imię nazwisko) _____,
legitymującą /y się dowodem osobistym (seria numer) _____, PESEL (numer) _____,
niniejszym odwołuję stałe upoważnienie do odbioru z Medicorum Centrum Zdrowia wszystkich
moich wyników badań, udzielone przeze mnie Pani /u (imię nazwisko) _____,
w dniu (dd.mm.rrrr) _____ roku.

Potwierdzam wpływ niniejszego oświadczenia do Medicorum Centrum Zdrowia

w dniu (dd.mm.rrrr) _____ roku.

Pieczęć

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie
oraz potwierdzającej zgodność podpisu oświadczającego
(czytelny imieniem i nazwiskiem)