

Pogórze, dnia _____ roku

Odwołanie upoważnienia o udzielaniu informacji o stanie zdrowia

Ja, niżej podpisana /y (imię nazwisko) _____,
legitymującą /y się dowodem osobistym (seria numer) _____, PESEL (numer) _____,
niniejszym odwołuję upoważnienie do udzielania informacji o stanie mojego zdrowia
i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w Medicorum Centrum Zdrowia, udzielone przeze
mnie Pani /u (imię nazwisko) _____, w dniu (dd.mm.rrrr) _____ roku.

Podpis pacjenta odwołującego upoważnienie (czytelny imieniem i nazwiskiem)

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)