

**Dane Pacjenta:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr tel. do kontaktu: .....

**WYCOFANIE ZGODY NA UDOSTĘPNIENIE  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Wycofuję udzieloną przez mnie zgodę dla.....

.....

Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej

na uzyskiwanie informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Pacjenta

2. Wycofuję udzieloną przeze mnie zgodę

dla.....

.....

Imię, nazwisko, adres, nr telefonu os. upoważnionej

na uzyskiwanie mojej dokumentacji medycznej

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Pacjenta