

Warszawa, dnia.....r.

**Dane Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: .....

Nr tel. do kontaktu: .....

**WYCOFANIE UPOWAŻNIENIA DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Niniejszym wycofuję upoważnienie dla .....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Adres)

Legitymującego się dow. osobistym .....  
(seria i numer dowodu osobistego)

do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am wniosek w dniu ..... w Onkolmed Lecznica Onkologiczna s.c., 02-776 Warszawa, ul. Nowoursynowska 139L

.....  
Podpis Wnioskodawcy