

Bydgoszcz, dnia.....

Imię i nazwisko pacjenta

.....

PESEL

.....

Adres

.....

tel. kontaktowy

.....

INTERMED Sp. z o.o.

NZOZ Przychodnia Wzgórze Wolności

ul. Karpacka 31, 85-164 Bydgoszcz

tel. 52 371 49 76

NIP 9532463047, REGON 092644065

ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA

do uzyskiwania dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia.

Z dniemodwołuję upoważnienie do udostępniania dokumentacji medycznej

oraz do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia przeze mnie dla Pani/Pana

zamieszkałego wprzy ul.....