

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Wzór odstąpienia od programu Karta Pacjenta

....., dnia 20.. r.

(Miejscowość)

(data)

LAB-MED. SC

ul. Ignacego Daszyńskiego 4

56-500 Syców

OŚWIADCZENIE

O ODSTĄPIENIU OD PROGRAMU

Niniejszym oświadczam, że odstępuję od programu korzystania z Karty Pacjenta.

.....

(Podpis)

Deaktywowano Kartę Pacjenta numer:

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

.....

(Czytelny podpis osoby deaktywującej Kartę)