

Puolesta asiointin peruutusilmoitus

Haluan peruuttaa antamani sähköisen asiointin valtuutuksen Wiitaunionin terveyskeskuksen terveydenhuollossa.

Potilaan/asiakkaan tiedot

Nimi	Henkilötunnus
	Puhelinnumero

Potilaan/asiakkaan puolesta toimiva henkilö

Nimi	Henkilötunnus
	Puhelinnumero

Aika ja paikka

Potilaan/asiakkaan allekirjoitus

Potilaan/asiakkaan nimen selvennys