

Potilaan/asiakkaan nimi ja henkilötunnus

Potilaan/asiakkaan puolesta toimineen henkilön nimi ja henkilötunnus

Peruutan suostumuksen, joka koskee:
___ sähköistä ajanvarausta ja tekstiviestimuistutusta

Muuta palvelua:

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja
nimenselvennys

(potilas/asiakas tai hänen laillinen edustajansa)

Toimittakaa suostumuksen peruutus terveydenhuollon toimintayksikköön, jossa asiointia varten olitte suostumuksen antaneet.