

Bydgoszcz, dnia.....

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL

.....  
Adres

.....  
tel. kontaktowy

Szpital Uniwersytecki nr 2  
im. dr Jana Bizuela  
w Bydgoszczy

#### ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA

do uzyskiwania dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia

Z dniem .....odwołuję upoważnienie do udostępniania dokumentacji medycznej  
oraz do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia przeze mnie dla Pani/Pana .....

.....

Podpis odwołującego