

____/____ 20____

PUOLESTA ASIOINNIN MUUTOS- TAI PERUUTUSILMOITUS

Terveystieteiden osastossa toisen puolesta sähköistä asiointia varten annetun suostumuksen peruuttaminen.

Potilaan tai asiakkaan nimi ja henkilötunnus

Nimi	Henkilötunnus
------	---------------

Potilaan tai asiakkaan puolesta toimiva henkilö

Nimi	Henkilötunnus
	Puhelinnumero

Aika ja paikka

Allekirjoitus

Nimen selvennys

(potilas/asiakas tai hänen laillinen edustajansa)