



**KAARINAN KAUPUNKI / TERVEYSPALVELUT
SUOSTUMUKSEN PERUUTTAMINEN**

Peruutan aiemmin antamani luvan terveydenhuollon asiain hoitamiseksi.

VALTAKIRJAN ANTAJAN TIEDOT

Henkilötunnus		Sukunimi ja etunimi	
Puhelinnumero			

VALTUUTETUN TIEDOT

Henkilötunnus	<input type="text"/>	Sukunimi ja etunimi	<input type="text"/>
Osoite	<input type="text"/>		
Postinumero	<input type="text"/>	Postitoimipaikka	<input type="text"/>
Puhelinnumero	<input type="text"/>		

Peruutuksen tiedot tallennetaan terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

ALLEKIRJOITUS

Päiväys		 ----- Valtakirjan antajan allekirjoitus ja nimenselvitys
---------	--	---