

Miasto dn. r.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

Do

.....

.....
(Nazwa i adres świadczeniodawcy)

O Ś W I A D C Z E N I E

Na podstawie art. 60 i Kodeksu cywilnego wycofuję oświadczenie woli w postaci deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej* podstawowej opieki zdrowotnej rezygnując z ich opieki.

.....
(imię nazwisko, pesel, podpis)

*niepotrzebne skreślić