



VIRTAIN TERVEYSKESKUS

Sairaalantie 1
34800 VIRRAT
Puh. 044 715 1073
Fax 03 4758 558

POTILASASIAPAPEREIDEN SIIRTO

Potilaan nimi	Henkilötunnus
---------------	---------------

Pyydämme lähettämään seuraavat asiakirjat:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

POTILAAN SUOSTUMUS

**Suostun yllä olevien tietojen siirtoon Virtain terveyskeskuksen käyttöön.
Suostun tietojen siirtoon faxilla.**

Potilaan allekirjoitus ja nimenselvennys

Virrat ____/____20____

VIRTAIN TERVEYSKESKUS

psta_____