

REVOCACION

Don/Doña

(Nombre y dos apellidos del paciente)

De años de edad, y D.N.!. N°

Con domicilio en

Don/Doña

(Nombre y dos apellidos)

De años de edad,y D.N.!. N°

Con domicilio en

En calidad de

De

Don/Doña

(Nombre y dos apellidos del paciente).

Revoco el consentimiento prestado en fecha tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En (LUGAR) :

A fecha de :

Fdo. : El/la Odontólogo/a/Estomatólogo/a

y no deseo proseguir el

Fdo. : El Paciente