SAMTYKKE-ERKLÆRING

Jeg, Fornavn Etternavn, f.nr., samtykker med dette i at LAR Helse Stavanger kan gi informasjon om min LAR-behandling til;

……………………….

……………………….

……………………….

……………………….

Jeg kan når som helst velge å trekke dette samtykket tilbake.

------------------------------------------------------------------------------------------

Sted dato fornavn etternavn