



فسخ اعمال محدودیت

تاریخ: _____ تاریخ تولد: _____
نام عضو: _____ شماره عضویت (CIN): _____

در تاریخ [DATE] عضو نامبرده درخواست خود برای اعمال محدودیت بر استفاده و ارائه اطلاعات محرمانه درمانی (PHI) را ارائه کرده است.

عضو درخواست فسخ اعمال محدودیت نموده.
امضاء عضو: _____
اگر نماینده رسمی هستید (لطفاً مدارک مربوطه را ضمیمه کنید):
نام با حروف درشت و واضح: _____ نسبت با عضو: _____

عضو با فسخ اعمال محدودیت موافقت نموده.
امضاء عضو: _____
اگر نماینده رسمی هستید (لطفاً مدارک مربوطه را ضمیمه کنید):
نام با حروف درشت و واضح: _____ نسبت با عضو: _____

عضو بطور شفاهی با فسخ محدودیت موافقت نموده.
امضا نماینده CalOptima که با عضو بطور تلفنی صحبت کرده است. _____

CalOptima به اطلاع شما میرساند که توافقنامه باطل شده است. این ابطال فقط در مورد اطلاعات محرمانه درمانی (PHI) که بعد از دریافت این اطلاعیه توسط شما، به وجود آمده یا دریافت شده صدق میکند.