



**GASTROENTEROLOGY  
AND NUTRITION SPECIALISTS**

**M. Asif Mohiuddin, M.D.**  
Board Certified Gastroenterology

Orlando • 2880 S. Osceola Avenue • Orlando, FL 32806  
Kissimmee • 901-CE. Oak Street • Kissimmee, FL 34744  
St. Cloud • 3114 17th Street • St. Cloud, FL 34769

407-843-0443 • Fax: 407-847-0775

## CANCELLATION NOTICE

NAME \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Fecha*

This is a reminder of your \_\_\_\_\_  
*Este es un recordatorio para*

Schedule @ \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
*Lugar* *dia*

Your check in time is \_\_\_\_\_  
*Hora de registracion*

PLEASE CALL OUR OFFICE & NOT THE FACILITY IF YOU CANNOT KEEP YOUR PROCEDURE APPOINTMENT. FAILURE TO GIVE 72 HOURS NOTICE TO THE OFFICE WILL RESULT IN A \$200.00 NON-CANCELLATION FEE. UNLESS IT'S AN EMERGENCY.

*Por Favor de comunicarse con nuestra oficina no a la facilidad si usted no puede mantener su cita.*

*72 horas de anticipacion es necesario para no recibir un cargo de \$200 por cancelación de procedimiento.*

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Firma* *Fecha*