

Ja

PESEL:,

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się:

seria: nr:,

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem
prawnym:

.....

(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur.,

PESEL:

i wyrażam zgodę:

☐ na usługę jednorazową w dniu:,
lub

☐ lub na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z
przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego
świadczenia medycznego.

.....

Miejscowość data podpis składającego oświadczenie