

UPOWAŻNIENIE NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja,....., PESEL:.....
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego) działając jako rodzic/opiekun prawny*
mojej/mojego* dziecka/podopiecznej / podopiecznego*:

..... PESEL:.....
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

Wyrażam świadomą zgodę na samodzielną (bez mojej obecności) wizytę w placówce
Clinica Uśmiechu mojej/mojego* dziecka/podopiecznej/podopiecznego* w dniu:
..... / na stałe oraz wyrażania zgody na proponowane zabiegi
lecnicze wraz ze znieczuleniem w gabinecie.

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby składającej oświadczenie