

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja _____
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

nr PESEL: _____ legitymujący/a się: _____ nr _____
(nazwa dokumentu tożsamości)

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

(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur. _____, PESEL: _____

i wyrażam zgodę (zaznacz właściwe):

☐ na usługę jednorazową w dniu: _____

☐ na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

miejscowość i data

podpis składającego oświadczenie

