

Rodzinne Centrum Medyczne Niepołomice
Ul. Kościuszki 28A
32-005 Niepołomice
Tel. 887 166 333

.....
Miejscowość, data

Zgoda przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) na:

- wizyty pacjenta w obecności wskazanego opiekuna (0-18 lat)*
 samodzielne wizyty pacjenta (16-18 lat)*

.....
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

.....
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(nr PESEL)

.....
(Stosunek do niepełnoletniego/ubezważsownionego (np. ojciec, matka, opiekun prawny))

Oświadczam, że wyrażam zgodę na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego **bez mojej obecności dla:**

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

w
(nazwa poradni)

w obecności opiekuna faktycznego (nie wypełniać w przypadku zgody na samodzielne wizyty pacjenta):

.....
(imię i nazwisko opiekuna faktycznego)

.....
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(nr PESEL / data urodzenia)

.....
(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

* właściwe zaznaczyć