

Zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia medycznego bez obecności rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta małoletniego

Ja, niżej podpisany(a),
(nazwisko i imię rodzica / opiekuna)

zam. w przy ul
występujący jako przedstawiciel ustawowy lub opiekun małoletniego oświadczam, że
wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym Indywidualna
Praktyka Lekarska Albert Jeznach 05-082 Latchorzew ul. Padlewskiego 9 NIP 1182189014

Małoletniemu
(nazwisko i imię dziecka)

Pesel: urodzony
(nr PESEL) (data urodzenia)

bez obecności rodzica lub opiekuna prawnego bądź opiekuna faktycznego ww. pacjenta
małoletniego.

Niniejsza zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania.

.....
(data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego)