

Pogórze, dnia _____ roku

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta niepełnoletniego

Ja, niżej podpisana /y (imię nazwisko) _____,

legitymującą /y się dowodem osobistym (seria numer) _____, PESEL (numer) _____,

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem / opiekunem prawnym /y^{*)}

(imię nazwisko) _____, PESEL (numer) _____,

i wyrażam zgodę na przeprowadzenie u wyżej wymienionego niepełnoletniego badania

lekarskiego lub udzielenie innego świadczenia medycznego bez mojej obecności na usługę

jednorazową / stałą^{*)} polegającą na (opis) _____

_____, w dniu (dd.mm.rrrr) _____

w obecności wskazanego opiekuna faktycznego (imię nazwisko) _____

legitymującą /y się dowodem osobistym (seria numer) _____, PESEL (numer) _____.

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

Podpis pacjenta składającego oświadczenie (czytelny imieniem i nazwiskiem)

Data (dd.mm.rrrr) i pieczęć

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie
oraz potwierdzającej zgodność podpisu oświadczającego
(czytelny imieniem i nazwiskiem)

^{*)} Niepotrzebne skreślić