

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^{*)}
niepełnoletniego (imię nazwisko) _____, PESEL (numer) _____,
i wyrażam zgodę na przeprowadzenie u wyżej wymienionego niepełnoletniego badania
lekarskiego lub udzielenie innego świadczenia medycznego.

Podpis pacjenta składającego oświadczenie (czytelny imieniem i nazwiskiem)

Wyrażam również zgodę na przeprowadzenie u wyżej wymienionego niepełnoletniego badania
lekarskiego lub udzielenie innego świadczenia medycznego jednorazowego / stałego^{*)}

polegającego na (opis) _____
_____, w dniu (dd.mm.rrrr) _____

w obecności wskazanego opiekuna faktycznego (imię nazwisko) _____
legitymującego 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