

ZOGDA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT Ja …….…………………………………………………………………………… nr PESEL: ................................................................, (imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego) legitymujący/a się: …………..…………………………………… seria: …………… nr: .........................................................., (nazwa dokumentu tożsamości) oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym\*: …………………………………………………………………………….…………………………..……………………..…………………….. (imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

 data ur. ……………………………………………...,

 nr PESEL: .......................................................................................................

 i wyrażam zgodę\*\*:

 na usługę jednorazową w dniu: ...................................................................,

 lub

 lub na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności. Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego\*\*\*.

................................................................................... ………………………………………………………………. Miejscowość data podpis składającego oświadczenie

 \* niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

 \*\* właściwe zaznaczyć