

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