

F – Dent Joanna Fraj
ul. Plebiscytowa 26
42-700 Lubliniec

Lubliniec

Upoważnienie do samodzielnej wizyty niepełnoletniej/go powyżej 16r.ż.

Ja
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

PESEL:,

legitymujący/a się: seria:

nr:, oświadczam, że jestem przedstawicielem

ustawowym – rodzicem/opiekunem
prawnym:

.....
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur.,

PESEL: i wyrażam zgodę:

☐ na usługę jednorazową w dniu:,

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.

.....
Data podpis składającego oświadczenie