

Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dla mojego dziecka:

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA

PESEL

ADRES

DATA OŚWADCZENIA

PODPIS RODZICA

(CZYTELNIE IMIĘ I NAZWISKO)

PESEL/SERIA LUB

NR DOWODU OSOBISTEGO (OBOWIĄZKOWO)

PODPIS RODZICA

(CZYTELNIE IMIĘ I NAZWISKO)

TELEFON