

**Pieczętka Poradni (wypełnia rejestracja)**

**Miejscowość .....**

**Data.....**

**NZOZ SALUS KONIAKÓW 668 43-474 KONIAKÓW**

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:

<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b>
<b>PESEL</b>
<b>ADRES</b>
<b>TELEFON</b>

**UWAGA SEKCJA OBOWIĄZKOWA DLA ŚWIADCZEŃ DLA DZIECI/OSÓB Z OPIEKUNEM**

<b>DATA OŚWADCZENIA</b> <b>PODPIS RODZICA</b> <b>(CZYTELNIE IMIĘ I NAZWISKO JEŻELI ŚWIADCZENIE DOTYCZY OSOBY MAŁOLETNIJ)</b>
<b>PESEL/SERIA LUB</b> <b>NR DOWODU OSOBISTEGO (OBOWIĄZKOWO)</b>
<b>PODPIS RODZICA</b> <b>(CZYTELNIE IMIĘ I NAZWISKO)</b>
<b>TELEFON</b>