

**Upoważnienie osoby innej niż opiekun prawny
do obecności przy konsultacji/badaniach małoletniego**

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta	
PESEL	
Ja, niżej podpisana/ny opiekun prawny ww. dziecka	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Oświadczam, że wyrażam zgodę na *	
<input type="checkbox"/>	Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
<input type="checkbox"/>	Przeprowadzenie badań diagnostycznych
<input type="checkbox"/>	Inne <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>
U mojego dziecka w obecności opiekuna faktycznego .	
<i>*proszę wybrać odpowiednie</i>	

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego		
PESEL		
Adres zamieszkania		
Legitymującego się dowodem osobistym (numer i seria dowodu)		
U lekarza (imię i nazwisko)		
Poradnia		
Dnia		w Centrum Medycznym Euromed przy ul. Szewskiej 6 / Szewskiej 12
<i>Miejscowość i data</i>		<i>Podpis Opiekuna Prawnego małoletniego pacjenta</i>