



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:

- Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej
- Przeprowadzenie badań diagnostycznych
- Inne

U mojego dziecka w obecności **opiekuna faktycznego** :

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Legitymującego się dowodem osobistym (numer i seria dowodu):.....

U lekarza.....

w poradni.....

dnia..... w Centrum Medycznym Euromed przy ul. Szewskiej 6 / Szewskiej 12.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis Opiekuna Prawnego małoletniego pacjenta