KRAJMED

ZGODA
NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA

(który ukończył 16 lat)

Ja: . . . . . PESEL: | | | | | | | | | | |

imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

Legitymujący/ca dowodem osobistym: seria: . . . . . numer: . . . . . .

Oświadczam, iż jestem przedstawicielem ustawowym rodzicem/opiekunem prawnym*:

. . . . . .

Imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego

data urodzenia: . . . . . PESEL: | | | | | | | | | | |

Wyrażam zgodę**:

☐ na usługę jednorazową w dniu: . . . . . .

☐ na stałe udzielanie świadczeń medycznych

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego.

. . . . . .

Data i podpis przedstawiciela/opiekun prawnego

*niepotrzebne skreślić

**właściwe zaznaczyć