

ZGODA na świadczenie medyczne udzielane dziecku po ukończeniu 16 roku życia

Warszawa, .....  
(data)

Ja, ..... legitymująca/y\* się  
(imię i nazwisko)

.....  
(dane dokumentu tożsamości – dowód osobisty lub paszport)

posiadający/a\* numer PESEL ..... jako rodzic/ opiekun prawny\* dziecka

....., które ukończyło 16 lat wyrażam zgodę na  
(imię i nazwisko dziecka)

Udzielenie świadczenia medycznego bez obecności rodzica/opiekuna prawnego\* w Centrum Medycznym Goldenmed w Warszawie przy ul. Odkrytej 4, w dniu .....

polegającego na : .....

Jednocześnie oświadczam, że uzyskałem/am\* wszelkie informacje na temat udzielanego świadczenia medycznego, które były w pełni zrozumiałe i wystarczające do wyrażenia zgody.

.....  
(podpis opiekuna/rodzica)