

UPOWAŻNIENIE /dotyczy zgody na wizyty (za wyjątkiem szczepień) dziecka z opiekunem, bez rodzica lub opiekuna faktycznego

Warszawa,
(data)

Ja, legitymująca/y się
(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna faktycznego)

..... jako opiekun prawny dziecka
(nazwa dokumentu tożsamości, seria, numer)

..... wyrażam zgodę na korzystanie ze świadczeń
(imię i nazwisko dziecka)

w Centrum Medycznym Goldenmed (dotyczy konsultacji medycznych (nie związanych z lekarskim badaniem kwalifikacyjnym do szczepienia oraz szczepieniem ochronnym), pobierania materiału do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych) w obecności

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia)

Zgoda jest ważna bezterminowo.

.....
(podpis opiekuna/rodzica)