

UPOWAŻNIENIE /dotyczy zgody na wizyty związane ze SZCZEPIENIEM OCHRONNYM u dziecka po ukończeniu 6 roku życia¹ 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 (w zakresie badania lekarskiego oraz wykonanie szczepienia ochronnego) w obecności

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

Zgoda jest ważna bezterminowo.

.....

(podpis opiekuna/rodzica)

¹ Na podstawie §7 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązujących szczepień ochronnych.