rejestracja@pramed.pl
www.pramed.pl

Pramed
przychodnia medyczna

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

1.Imię i nazwisko

.....

2.PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....

3.Adres zamieszkania

.....

4.Stopień pokrewieństwa do małoletniego

.....

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzina/opiekuna prawnego) bądź opiekuna faktycznego

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia zdrowotnego w dniu ..... bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/przedstawiciela ustawowego) lub opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego

.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL/data urodzenia)

.....
(miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)