

OŚWIADCZENIE DLA OSOBY **MAŁOLETNIJ DO 16 ROKU ŻYCIA**

Działając jako rodzic/przedstawiciel ustawowy/opiekun* oświadczam, że wyrażam zgodę **na przeprowadzenie badania i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych**

IMIĘ	
NAZWISKO	
PESEL (przy braku nr PESEL data urodzenia)	

przez personel medyczny podmiotu leczniczego:

Lekarz Pomorze Igor Gusarski
ul. Piechowskiego 3, 83-400 Kościerzyna

Ponadto oświadczam, że **wyrażam zgodę na udzielenie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych** pacjenta małoletniego Panu/Pani

IMIĘ	
NAZWISKO	
ADRES	
TELEFON KONTAKTOWY	

Kościerzyna, dnia

.....

czytelny podpis rodzica/
przedstawiciela ustawowego/opiekuna

*właściwe podkreślić