



Symetria Katarzyna Kołodko

Ul. Swobodna 24 lok 107

15-756 Białystok

Tel. 509 958 193

NIP 5422838432

REGON367430584

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY NIE UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja.....nr Pesel.....

legitymujący/a się seria:nr.....

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym –

rodzicem/opiekunem

prawnym.....

data ur., nr PESEL:

.....

i wyrażam zgodę:

na usługę jednorazową w dniu:,

Lub

lub na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego

.....

Miejscowość data

.....

podpis składającego oświadczenie