ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
NA WYKONANIE BADAŃ U PACJENTA W WIEKU 16 – 18 LAT

Ja, poniżej podpisana/y..... oświadczam, że jestem
imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

przedstawicielem ustawowym Pacjenta:

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA W WIEKU 16 – 18 LAT:	
PESEL*	

oraz wyrażam zgodę na wykonanie badań diagnostycznych:

NAZWA/Y BADAŃ:	
LICZBA BADAŃ	

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

CZYTELNY PODPIS **PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

* - W PRZYPADKU BRAKU NUMERU PESEL NALEŻY PODAĆ TYP I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI PACJENTA (DOWÓD OSOBISTY LUB PASZPORT),

Numer rejestracyjny dokumentu: PO-12/Z-02
Data wydania: 2018-11-28

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
NA WYKONANIE BADAŃ U PACJENTA W WIEKU 16 – 18 LAT

Ja, poniżej podpisana/y..... oświadczam, że jestem
imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

przedstawicielem ustawowym Pacjenta:

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA W WIEKU 16 – 18 LAT:	
PESEL*	

oraz wyrażam zgodę na wykonanie badań diagnostycznych:

NAZWA/Y BADAŃ:	
LICZBA BADAŃ	

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

CZYTELNY PODPIS **PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

* - W PRZYPADKU BRAKU NUMERU PESEL NALEŻY PODAĆ TYP I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI PACJENTA (DOWÓD OSOBISTY LUB PASZPORT),

Numer rejestracyjny dokumentu: PO-12/Z-02
Data wydania: 2018-11-28