

.....

*data, miejscowość*

.....

.....

.....

*Dane przedstawiciela ustawowego*

## OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO POD NIEOBECNOŚĆ RODZICA

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na udzielenie mojemu dziecku

.....

*(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL lub data urodzenia)*

następującego świadczenia zdrowotnego: .....

.....

**pod moją nieobecność** dnia ..... o godzinie .....

w gabinecie .....

.....

*miejscowość, data, czytelny podpis przedstawiciela ustawowego*