

Gabinet:

Park Medical sp. z o.o
NIP: 5482644306
Liburnia 5
43-400 Cieszyn, Polska

Pacjent:

Imię:
Nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:

Upoważnienie na obecność innej niż rodzic osoby przy badaniach małoletniego

Ja
będąc rodzicem posługujący się numerem PESEL.....
za mieszkała/y w

i posiadając prawo do opieki nad
o numerze PESEL
zamieszkały/ą w

upoważniam Panią/Pana.....
będącą (podać stopień pokrewieństwa z upoważniającym oraz dzieckiem).....
zamieszkałą w
legitymującą się dowodem osobistym o numerze.....

do sprawowania opieki, prowadzenia spraw bieżących oraz nagłych związanych z opieką i wyrażam zgodę na decydowanie o wszelkich istotnych sprawach dotyczących dziecka podczas mojej nieobecności(w tym do zasięgania informacji o stanie zdrowia i podejmowania wszelkich decyzji w sprawie jego leczenia) w Centrum Stomatologiczno-Medycznym Park Medical sp. z o.o. w Cieszynie.

Data podpisu

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna