

Gabinet:

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

Pacjent:

Imię:
Nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja nr PESEL:
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: seria: nr
(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym - rodzicem/opiekunem prawnym*

.....
(Imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data urodzenia..... nr PESEL:

i wyrażam zgodę**

[] - na usługę jednorazową w dniu:

lub

[] - na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

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

* niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)

** właściwe zaznaczyć

*** nie dotyczy świadczeń nieodpłatnych, do których pacjent posiada uprawnienia na podstawie odrębnej umowy (pakiet usług

Data podpisu:

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna