……, *dnia* ……..
miejscowość

Zgoda na badanie małoletniego bez obecności opiekuna

Ja, …….… PESEL | | | | | | | | | | |
imię i nazwisko opiekuna ustawowego

zamieszkały/a* pod adresem ……..
adres zamieszkania opiekuna ustawowego

w związku z ukończeniem 16 roku życia przez …….
imię i nazwisko małoletniego

PESEL | | | | | | | | | | |

zamieszkały/a* pod adresem ……..
adres zamieszkania małoletniego

będąc jej/jego* nieograniczonym we władzy rodzicielskiej przedstawicielem ustawowym, wyrażam zgodę na udzielenie małoletniemu bez mojej obecności świadczeń zdrowotnych i niezbędnych informacji przez lekarza w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów.

**niepotrzebne skreślić*

.....
podpis opiekuna ustawowego

……, *dnia* ……..
miejscowość

Zgoda na badanie małoletniego bez obecności opiekuna

Ja, …….… PESEL | | | | | | | | | | |
imię i nazwisko małoletniego

zamieszkały/a* pod adresem ……..
adres zamieszkania małoletniego

w związku z ukończeniem przez ze mnie 16 roku życia, wyrażam zgodę na udzielenie mi bez obecności mojego przedstawiciela ustawowego świadczeń zdrowotnych i niezbędnych informacji przez lekarza w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. przy ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów.

**niepotrzebne skreślić*

.....
podpis małoletniego