



## OŚWIADCZENIE

Ja, (imię i nazwisko).....

numer PESEL ....., oświadczam, że

posiadam pełne prawa do opieki nad moim/moją (proszę podać stopień  
pokrewieństwa) .....

(imię i nazwisko).....,

numer PESEL .....

i wyrażam zgodę na wykonanie mu/jej przez Centrum Medyczne Platany  
następującej usługi medycznej:

.....  
.....  
.....  
.....

w terminie...../przez najbliższe 12 miesięcy, bez  
mojej obecności, a w obecności upoważnionego/upoważnionej przeze  
mnie\*:

(imię i nazwisko) .....

numer PESEL .....

miejsce, data i podpis przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej:

.....

miejsce, data i podpis osoby małoletniej (jeśli ukończyła 16 lat):

.....

\*Pacjentowi nieletniemu musi towarzyszyć opiekun prawny lub osoba upoważniona.

## OŚWIADCZENIE

Ja, (imię i nazwisko) .....

numer PESEL ....., oświadczam, że

posiadam pełne prawa do opieki nad moim/moją (proszę podać stopień  
pokrewieństwa) .....

(imię i nazwisko).....,

numer PESEL .....

i wyrażam zgodę na wykonanie mu/jej przez Centrum Medyczne Platany  
następującej usługi medycznej:

.....  
.....  
.....  
.....

w terminie...../przez najbliższe 12 miesięcy, bez  
mojej obecności, a w obecności upoważnionego/upoważnionej przeze  
mnie\*:

(imię i nazwisko) .....

numer PESEL .....

miejsce, data i podpis przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej:

.....

miejsce, data i podpis osoby małoletniej (jeśli ukończyła 16 lat):

.....

\*Pacjentowi nieletniemu musi towarzyszyć opiekun prawny lub osoba upoważniona.