



CENTRUM TERAPII MANUALNEJ

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

miejscowość, data _____
Imię i Nazwisko Rodzica _____
data urodzenia i PESEL _____
adres zamieszkania _____
numer tel. kontaktowego /e-mail _____

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka:

Imię i Nazwisko dziecka _____
data urodzenia i PESEL _____
adres zamieszkania _____

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

AKTUALIZACJA ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH BEZ OBECNOŚCI RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OBECNOŚCI OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Oświadczam, że, jako przedstawiciel ustawowy dziecka wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego mojemu dziecku bez mojej obecności. Jednocześnie do obecności w gabinecie podczas udzielania świadczenia zdrowotnego mojemu dziecku upoważniam::

☐ Imię i Nazwisko _____
numer tel. kontaktowego _____

PESEL / _____
rodzaj i nr dok. tożsamości _____

☐ Imię i Nazwisko _____
numer tel. kontaktowego _____

PESEL / _____
rodzaj i nr dok. tożsamości _____

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie