

.....
Data, miejscowość

.....
.....
.....
Dane przedstawiciela ustawowego

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO POD NIEOBECNOŚĆ RODZICA

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na udzielenie mojemu dziecku

.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL lub data urodzenia)

następującego świadczenia zdrowotnego:

.....
.....
pod moją nieobecność dnia o godzinie
w gabinecie Stomatologia Cyfrowa, przy ul. Wojciechowskiego 9 w Szczecinie.

.....
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego