



**UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE OD RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO
na samodzielne zgłoszenie się małoletniego pacjenta (16–17 lat) na wizytę**

Ja, niżej podpisany(-a):

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

PESEL:

jako przedstawiciel ustawy małoletniego:

Imię i nazwisko pacjenta: **PESEL:**

wyrażam zgodę na samodzielne zgłoszenie się ww. małoletniego pacjenta na wizytę w dniu:

Data wizyty: / /

Rodzaj świadczenia zdrowotnego:

.....

(np. konsultacja lekarza POZ, konsultacja pediatryczna, konsultacja specjalistyczna)

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie ww. świadczenia zdrowotnego podczas wskazanej wizyty, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- **Upoważnienie obowiązuje jednorazowo, wyłącznie w dniu** w **Centrum Medycznym Świat Zdrowia** (należy wskazać konkretny adres)
- Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka i nie jestem pozbawiony/a władzy rodzicielskiej, ani ta władza nie została mi ograniczona w zakresie pozwalającym na podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia mojego dziecka. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego Data