



Centrum Medyczne GWINNER

Siedziba:

ul. Michała Grażyńskiego 65, 43-300 Bielsko-Biała , tel. 33 444 18 18

e-mail: biuro@cmgwinner.pl; rejestracja@cmgwinner.pl

Oddział w Żywcu:

ul. Browarna 78, 34-300 Żywiec, tel. 33 444 18 10

email: biuro@cmgwinner-zywiec.pl

ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

nr PESEL:,

legitymujący/a się: seria:
(nazwa dokumentu tożsamości)

nr:, oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym –

rodzicem/opiekunem prawnym*:

.....
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur., nr PESEL:

i wyrażam zgodę**:

na usługę jednorazową w dniu:, lub

na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego

.....

.....
Miejscowość data

.....
podpis składającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** właściwe zaznaczyć