

UPOWAŻNIENIE NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja, _____, PESEL: _____
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

działając jako rodzic/opiekun prawny* mojej/mojego* podopiecznej / podopiecznego*:

_____, PESEL: _____
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

**Wyrażam świadomą zgodę na samodzielną (bez mojej obecności) wizytę w placówce
Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej mojej/mojego* podopiecznej/podopiecznego* w dniu:**

miejscowość, data

podpis osoby składającego oświadczenie

** Niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim)*