

Paweł Papież NASZ LARYNGOLOG Specjalistyczne Gabinety Lekarskie Paweł Papież os.2 Pułku Lotniczego 1E/U2 31-867 Kraków Nip9451317778 REGON35130534800031

Upoważnienie do obecności innej niż OPIEKUN PRAWNY osoby przy badaniach małoletniego

Imię i Nazwisko małoletniego Pacjenta						
Pesel						
Ja, niżej podpisana/ny	OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka					
Imię, Nazwisko OPIEKUNA I	PRAWNEGO					
Pesel						
Adres zamieszkania						
oświadczam, że wyraż	am zgodę na:					
□ przeprowadzenie konsultacji lekarskiej						
□ przeprowadzenie badań diagnostycznych						
□ inne						
u mojego dziecka w dr	niu w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:					
Imię, Nazwisko OPIEKUNA I	TAKTYCZNEGO					
Pesel						
Adres zamieszkania						
Data	Podpis Opiekuna Prawnego maloletniego Pacjenta					