



Symetria Joanna Narolewska

Ul. Swobodna 24 lok 104,015

15-756 Białystok

Tel.511 330 348

NIP 542 280 02 11, REGON366776955000018

**ZGODA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY NIE UKOŃCZYŁ 16 LAT**

Ja.....nr Pesel.....

legitymujący/a się: ..... seria: .....nr.....

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym –  
rodzicem/opiekunem  
prawnym.....

data ur. ...., nr PESEL:

.....

i wyrażam zgodę:

na usługę jednorazową w dniu: .....,

Lub

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