

**ZOGDA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT**

Ja ..... nr PESEL: .....  
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

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

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym\*:  
.....  
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

data ur. ...., nrPESEL:..... 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\*\*\*.

Konstancin-Jeziorna, data.....

.....  
Podpis składającego oświadczenie

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

\*\* właściwie zaznaczyć

\*\*\* nie dotyczy świadczeń nieodpłatnych, do których pacjent posiada uprawnienia na podstawie odrębnej umowy (pakiet usług lub NFZ)