

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

**W 3G Dentist ul. Kielecka 1/02, 31-526 Kraków**

Ja .....

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

nr PESEL: .....,

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

(nazwa dokumentu tożsamości )

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

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

.....

(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\*zaznaczyć właściwe okienko*