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

**Ja** ….............................................................................................**nr PESEL**.......................................................

 *( imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)*

legitymująca/cy się …..........................................................seria:................nr:...................................................

**oświadczam**, że jestem przedstawicielem ustawowym- rodzicem/ opiekunem prawnym *(podkreślić właściwe)*:

…...........................................................................................................................................................................

 *( imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego )*

urodzonego *( data ur. )*…...................................................................nr. PESEL.......................................................

**i wyrażam zgodę na :**

**□** usługę jednorazową w dniu..............................................................................................................................

□ stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności

…................................................................ …............................................................................

 *( Miejscowość i data) ( podpis składającego oświadczenie )*