

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego

Ja niżej podpisany/-a
(imię i nazwisko)

PESEL.....
oświadczam, że jestem
(rodzicem/opiekunem prawnym)

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL PACJENTA

.....
data

.....
czytelny podpis