

## UPOWAŻNIENIE NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

Ja, \_\_\_\_\_, PESEL: \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

działając jako rodzic/opiekun prawny\* mojej/mojego\* podopiecznej / podopiecznego\*:

\_\_\_\_\_, PESEL: \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

**Wyrażam świadomą zgodę na samodzielną (bez mojej obecności) wizytę w NZOZ "Med-Star" Sp. z o.o.**

**w Starachowicach mojej/mojego\* podopiecznej/podopiecznego\* w dniu:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
miejsceowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis osoby składającego oświadczenie

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