



Brzeg Dolny, dnia.....

ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam zgodę na korzystanie ze świadczeń medycznych przez moje dziecko

..... , data urodzenia

w zakładzie leczniczym Dolnobrzeskie Specjalistyczne Centrum Medyczne

w obecności..... legitymującej/ego

się dowodem osobistym

seria i numer

Zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania.

Imię i nazwisko opiekuna prawnego.....

Podpis opiekuna prawnego.....

Miejscowość i data.....