<u>UPOWAŻNIENIE /dotyczy zgody na samodzielne wizyty dziecka od 16 roku życia</u>

Warszawa, ……..
(data)

Ja, …… legitymująca/y się
(imię i nazwisko)

…… jako opiekun prawny dziecka
(nazwa dokumentu tożsamości, seria, numer)

..... wyrażam zgodę na samodzielne korzystanie
(imię i nazwisko dziecka)
ze świadczeń w Centrum Medycznym Goldenmed (dotyczy konsultacji medycznych, szczepień ochronnych, pobierania materiału do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych).

Zgoda jest ważna bezterminowo.

……
(podpis opiekuna/rodzica)