



**Upoważnienie FAKTYCZNEGO opiekuna
do wizyty w Vilda Clinic z pacjentem małoletnim**

Imię i nazwisko **opiekuna prawnego**:

.....
.....PESEL:.....

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY dziecka:

.....
.....(imię i nazwisko oraz PESEL dziecka)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

Przeprowadzenie konsultacji lekarskiej w Vilda Clinic wraz z wymaganymi badaniami diagnostycznymi u mojego (w.w.) dziecka w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

.....
PESEL

Nr dokumentu, którym legitymuje się osoba stawiająca się z dzieckiem w placówce.....

Opiekun faktyczny jest dla dziecka.....

Data i Podpis Opiekuna Prawnego

.....