.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Numer PESEL rodzica/opiekuna prawnego

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam …… legitymującą/go się dowodem osobistym (seria i numer) …… wydanym przez ..... do sprawowania opieki nad nieletnią/nieletnim (imię i nazwisko Pacjenta) …….. podczas wizyt w poradni stomatologicznej. Udzielam powyższej osobie prawa do informacji o stanie zdrowia, wgląd w dokumentację medyczną oraz wyrażenie zgody na zaproponowane zabiegi. Upoważnienie dotyczy wszystkich wizyt nieletniej/nieletniego, na które zgłosi się pod opieką osoby upoważnionej.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Numer PESEL rodzica/opiekuna prawnego

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam …… legitymującą/go się dowodem osobistym (seria i numer) …… wydanym przez ..... do sprawowania opieki nad nieletnią/nieletnim (imię i nazwisko Pacjenta) …….. podczas wizyt w poradni stomatologicznej. Udzielam powyższej osobie prawa do informacji o stanie zdrowia, wgląd w dokumentację medyczną oraz wyrażenie zgody na zaproponowane zabiegi. Upoważnienie dotyczy wszystkich wizyt nieletniej/nieletniego, na które zgłosi się pod opieką osoby upoważnionej.

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego