

Dane przedstawiciela ustawowego

Imię nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

Nr telefonu:

Oświadczenie

1.

Jako przedstawiciel ustawowy małoletniej /małoletniego.....

.....

(imię, nazwisko, PESEL dziecka)

na podstawie przysługującej mi władzy rodzicielskiej upoważniam

.....

(imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

.....

(adres zamieszkania, numer telefonu)

do uzyskiwania informacji o jej / jego stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych.

2.

Jako przedstawiciel ustawowy małoletniej /małoletniego.....

.....

(imię, nazwisko, PESEL dziecka)

na podstawie przysługującej mi władzy rodzicielskiej upoważniam

.....

(imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

.....

(adres zamieszkania, numer telefonu)

do uzyskiwania jej / jego dokumentacji medycznej.

.....
(czytelny podpis)