

UPOWAŻNIENIE

do obecności innej osoby niż opiekun prawny przy badaniach małoletniego do 16 r.ż.

Ja niżej podpisana/y **OPIEKUN PRAWNY**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego

PESEL

Adres zamieszkania

Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobranie materiału do badań oraz wykonanie badań diagnostycznych laboratoryjnych i/ lub mikrobiologicznych u mojego dziecka:

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta

PESEL

w obecności **OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

PESEL

Adres zamieszkania

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis Opiekuna prawnego małoletniego