

O Ś W I A D C Z E N I E

Działając jako przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny* oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych/badania*

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL pacjenta małoletniego)

przez personel medyczny Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Płocku.

Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w/wym. pacjenta małoletniego Panu/Pani

.....
.....
(imię i nazwisko, adres, numer telefonu kontaktowego)

....., dn.
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić