

**UPOWAŻNIENIE DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH BEZ OBECNOŚCI
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

Dane pacjenta małoletniego

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Ulica.....

nr domu i mieszkania.....

miejsowość..... kod pocztowy.....

Dane przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

w przypadku osób, które nie mają PESEL-u – rodzaj i numer dokumentu, który potwierdza tożsamość

Adres zamieszkania

Ulica.....

nr domu i mieszkania.....

Miejscowość..... kod pocztowy.....

Dane ☐ opiekuna faktycznego ☐ osoby bliskiej

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

w przypadku osób, które nie mają PESEL-u – rodzaj i numer dokumentu, który potwierdza tożsamość

Adres zamieszkania

Ulica.....

nr domu i mieszkania.....

miejsowość..... kod pocztowy.....

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym

.....
imię i nazwisko małoletniego

Potwierdzam, że rozumiem art. 96 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym przedstawicielem ustawowym jest osoba uprawniona do działania w cudzym imieniu na podstawie przepisów ustawy.

Zgadzam się na udzielenie świadczeń zdrowotnych:

.....
imię i nazwisko małoletniego

- ☐ w obecności opiekuna faktycznego
- ☐ w obecności osoby bliskiej
- ☐ bez obecności opiekuna faktycznego i osoby bliskiej [dotyczy wyłącznie pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat]

- data lub okres udzielania świadczeń zdrowotnych

- rodzaj świadczeń zdrowotnych.....

.....
Miejscowość, data i podpis przedstawiciela ustawowego

.....
Miejscowość, data i podpis osoby przyjmującej dokument