……..…….
miejscowość i data

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

Niniejsze oświadczenie stanowi integralną część zgody na każde świadczenie, ankiety zdrowia i jedynie osoba w nim wskazana ma prawo do prawidłowego reprezentowania małoletniego.

Ja niżej podpisana(-y)…..…….. posiadająca(-y) numer PESEL ……. identyfikująca (-y) się dowodem osobistym seria …….. numer ……. wydanym przez ……, zamieszkały(-a): ……., niniejszym oświadczam, że jestem* (*właściwe należy zaznaczyć*):

□ przedstawicielem ustawowym/matką/ojcem nieletniej/(-ego) ……..... lat ....., posiadającej (-ego) numer PESEL …….. i posiadam pełną, niczym nieograniczoną władzę rodzicielską;

□ opiekunem prawnym nieletniego/całkowicie ubezwłasnowolnionego/częściowo ubezwłasnowolnionego ……..... lat ....., na mocy postanowienia/wyroku Sądu ……..... w …… z dnia …… sygn. akt ……, oraz oświadczam, iż nie zostało ono zmienione ani cofnięte.

W przypadku zmiany prawa do reprezentacji nieletniego natychmiast pisemnie po informuję o tym osobę udzielającą świadczenia.

…… ……..
(podpis i pieczątka osoby udzielającej świadczenia) *(czytelny podpis opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz data)*

…….
(czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat)