

NZOZ Wielospecjalistyczna Przychodnia Bartodzieje Sp. z o.o.

ul. Koszalińska 7

Bydgoszcz, 85-714

### Oświadczenie

Ja niżej podpisany (-a).....

PESEL .....

Upoważniam / Nie upoważniam \*

Pana / Panią .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

- ☐ do obecności z dzieckiem podczas udzielania świadczeń zdrowotnych
- ☐ do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
- ☐ do uzyskiwania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej

Dane dziecka:

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL dziecka .....

.....  
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna

Jednocześnie oświadczam, że w dniu składania niniejszego oświadczenia korzystam z pełni praw rodzicielskich / jestem opiekunem prawnym dziecka\*

\* Niewłaściwe skreślić

.....  
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna