

NZOS Wielospecjalistyczna Przychodnia Bartodzieje Sp. z o.o.

ul. Koszalińska 7

Bydgoszcz, 85-714

Oświadczenie

Ja niżej podpisany (-a).....

PESEL

Odwołuję upoważnienie dla

Pana / Pani

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