KARKONOSKIE
CENTRUM REHABILITACJI

Karkonoskie Centrum Rehabilitacji sp z o. o.
ul. Cieplicka 12A/2
58-560 Jelenia Góra
tel.: +48 530 808 107
e-mail: biuro@kcr-rehabilitacja.pl

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWIECIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA

Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

Seria i numer dokumentu tożsamości:

Dane pacjenta (dotyczy pacjenta 16 – 18 lat)

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

Niniejszym oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym pacjenta, którego dane wskazałem/am powyżej. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnie z prawdą zobowiązuję się ponieść wszelką odpowiedzialność, w szczególności odpowiedzialność finansowo-odszkodowawczą z tego tytułu.

W przypadku zaistnienia wątpliwości co do potwierdzenia powierzenia prawnej opieki wobec pacjenta, zobowiązuję się dostarczyć do wglądu wypis orzeczenia (nie dotyczy rodziców pacjenta).

Data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego