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

ZGODA PRZEDSTAWIECIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA

Dane przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

Stosunek przedstawiciela ustawowego:

Dane pacjenta (dotyczy pacjenta 16 – 18 lat)

Imię i nazwisko:

Numer PESEL lub data urodzenia:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego dla pacjenta:

bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (dotyczy pacjentów w wieku 16 – 18 lat) w dniu

obejmującego następujące świadczenie:

Data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego