

**CITYMED IZIU Sp. z o.o.**

ul. Sobieskiego 18, 02-957 Warszawa

NIP: 951-25-27-500

## O Ś W I A D C Z E N I E

Ja ..... nr PESEL: .....  
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

działając jako przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny\* oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych\*

..... nr PESEL: .....  
(imię i nazwisko pacjenta małoletniego)

przez personel medyczny **CITYMED IZIU** ul. Sobieskiego 18, 02-957 Warszawa

jednorazowo w dniu ..... \*  
(data usługi medycznej)

na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności. \*

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego.

Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w/wym. pacjenta małoletniego

Panu/Pani ..... nr PESEL: .....  
(imię i nazwisko)

numer telefonu kontaktowego.....

....., dn. ....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić