



Pieczęć placówki medycznej



ZDROWIE

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Imię i nazwisko

PESEL

<input type="text"/>

Dokument tożsamości (rodzaj dokumentu, seria i numer)

1. **Oświadczam, że jestem w rozumieniu prawa przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym dziecka/podopiecznego*/wychowanka* (skreślić niepotrzebne)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Imię i nazwisko dziecka/podopiecznego/wychowanka

PESEL / Data urodzenia

2. ***Dokument potwierdzający powierzenie opieki w przypadku podopiecznego/wychowanka**

<input type="text"/>

Nazwa dokumentu (wymagane jeśli dotyczy)

<input type="text"/>

Miejsce i data wydania/numer

Oświadczam, że wszelkie informacje podane w dokumencie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym i nie stanowią w jakikolwiek sposób naruszenia prawa. Oświadczam, że w przypadku podania nieprawdy/niezgodności przejmuję na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-karną.

<input type="text"/>

Miejscowość, data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

<input type="text"/>

Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

Dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo na stronie internetowej <https://www.plock.pzuzdrowie.pl/polityka-prywatnosci> oraz w naszych placówkach.

PZUZDR 2004/1

