

**ZGODA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MAŁOLETNIEMU, PO UKOŃCZENIU 16 ROKU ŻYCIA  
BEZ OBECNOŚCI RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO**

Nazwisko i imię małoletniego:

Data urodzenia:

Wiek:

PESEL:

Adres:

Telefon

**Udzielanie świadczeń medycznych**

Wyrażam zgodę bezterminowo

Wyrażam zgodę jednorazowo

w dniu:

na samodzielne korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w Centrum Medycznym Goldenmed nie związanych z zabiegami o podwyższonym ryzyku.

Oświadczam, że nie wyrażam zgody na samodzielne korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej.

---

miejsowość, data

---

czytelny podpis osoby składającej oświadczenie