

PEŁNOMOCNICTWO
do wyrażenia zgody na świadczenie medyczne stomatologiczne

Ja niżej podpisany
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna) (PESEL rodzica / opiekuna)

udzielam **legitymującemu/ej się dokumentem tożsamości**
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

..... **pełnomocnictwa do wyrażenia zgody na przeprowadzenie zabiegu**
(seria i numer dok. tożsamości.)

stomatologicznego.....

mojemu dziecku / podopiecznemu:
(imię i nazwisko pacjenta)

..... **w Przychodni Stomatologicznej przy ul**
(PESEL pacjenta)

w Centrum Zdrowia SALUS w Słupsku.

Jednocześnie oświadczam, że na pierwszej wizycie lekarz udzielił mi pełnej informacji oraz ustalono harmonogram leczenia stomatologicznego u dziecka.

Słupsk, dnia

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego