

**UPOWAŻNIENIE**  
**do pobrania materiału biologicznego (16-18 lat)**

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

**jako rodzic/opiekun prawny\*, WYRAŻAM ZGODĘ na pobranie materiału biologicznego mojemu dziecku/podopiecznemu:**

....., ..... **w Medycznym Laboratorium**  
(imię i nazwisko pacjenta) (PESEL pacjenta)

**Diagnostycznym SALUS w Słupsku, w tym na samodzielne przyjęcie i skorzystanie przez syna / córkę / podopiecznego\* z w/w usługi.**

Słupsk, dnia .....  
.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego

\*niewłaściwe skreślić

**UPOWAŻNIENIE**  
**do pobrania materiału biologicznego (16-18 lat)**

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

**jako rodzic/opiekun prawny\*, WYRAŻAM ZGODĘ na pobranie materiału biologicznego mojemu dziecku/podopiecznemu:**

....., ..... **w Medycznym Laboratorium**  
(imię i nazwisko pacjenta) (PESEL pacjenta)

**Diagnostycznym SALUS w Słupsku, w tym na samodzielne przyjęcie i skorzystanie przez syna / córkę / podopiecznego\* z w/w usługi.**

Słupsk, dnia .....  
.....  
podpis rodzica / opiekuna prawnego

\*niewłaściwe skreślić