HADMEDICA

03-044 Warszawa, ul. Płochocińska 111, tel: 22 452 40 55, email: recepcja@hadmedica.pl

**Upoważnienie na samodzielne wizyty lekarskie dziecka od 16 r.ż**

Ja ……………………………………………………..

nr PESEL ………………………………………

legitymująca/y się: dowodem osobistym/ innym dokumentem tożsamości[[1]](#footnote-1)

seria: …………… nr: ……………………

jako opiekun prawny: ……………………………………………………………………………………………………

nr PESEL ……………………………………………..

wyrażam zgodę na samodzielne wizyty lekarskie mojego dziecka w Przychodni Lekarskiej HADMEDICA

 ……………………………………………… ( Data i czytelny podpis rodzica )

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)