

.....  
.....

Imię i nazwisko

miejsowość /data

.....  
Adres

.....  
Kod pocztowy

## ZGODA

Ja niżej podpisana/y

.....

legitymujący się Dowodem Osobistym seria.....numer.....

PESEL.....

- wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń medycznych/terapeutycznych, laboratoryjnych koniecznych do leczenia mojego dziecka .....(imię i nazwisko)

PESEL.....

.....

Własnoręczny podpis