

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO / UBEZWŁASNOWOLNIONEGO

Ja niżej podpisany, oświadczam iż przedstawicielem ustawowym pacjenta

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres

.....
PESEL

jest/są następująca/-e osoba/-y:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL / nr dowodu tożsamości

.....
Stosunek przedstawiciela ustawowego do niepełnoletniego

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
PESEL / nr dowodu tożsamości

.....
Stosunek przedstawiciela ustawowego do niepełnoletniego

.....
Imię i nazwisko osoby składającej

.....
Podpis