

....., dnia
(miejscowość)

Upoważnienie na przeprowadzenie badania pod nieobecność opiekuna prawnego

Ja niżej podpisana/ny
(imię i nazwisko rodzica lub innego ustawowego przedstawiciela)

zamieszkała/ty.....
(adres)

legitymująca/cy się dowodem osobistym seria numer

PESEL

przedstawiciel ustawowy małoletniej/go(dalej „Dziecko”)
(imię i nazwisko małoletniego)

PESEL

należycie umocowany do jego reprezentacji upoważniam

.....PESEL
(imię i nazwisko)

do:

*przeprowadzania badań lekarskich i zabiegów leczniczych Dziecka w Centrum Diagnostyki Medycznej MULTI MED oraz w miejscu pobytu Dziecka, gdy Dziecko będzie przebywało pod opieką w/w osoby

*przekazywania informacji na temat wyników badań i stanu zdrowia Dziecka

Jednocześnie oświadczam, że niniejsze pełnomocnictwo

* jest jednorazowe – do wizyty/badania Dziecka w placówce/ w miejscu pobytu* w dniu

* jest ważne bezterminowo do czasu jego odwołania

.....
(czytelny podpis rodzica lub innego przedstawiciela ustawowego)

Stwierdzam własnoręczność podpisu złożonego w mojej obecności

....., dnia
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis Pracownika)

*właściwe zaznaczyć