UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a ……...
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL:☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

oświadczam, że wyrażam zgodę na:

☐ wizytę lekarską w Poradni: POZ ☐ Alergologicznej ☐

☐ pobranie krwi celem wykonania badań laboratoryjnych

☐ testów skórnych, płatkowych

☐ inne

oraz do podjęcia w tym czasie, w moim imieniu decyzji dotyczących innych, nieprzewidzianych procedur medycznych zleconych przez lekarza

u mojego dziecka ……
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL:☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

w obecności Pana/Pani ……..
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL:☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

……
data, czytelny podpis osoby upoważniającej

Wypełnia pracownik Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

Tożsamość osoby upoważnionej do opieki nad dzieckiem potwierdzam na podstawie okazanego dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

……
data, podpis pracownika Centrum