

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO MAŁOLETNIEGO PACJENTA

Wyrażam zgodę na sprawowanie opieki nad moim dzieckiem

.....
imię, nazwisko dziecka

przez Panią/Pana
imię i nazwisko

numer dowodu osobistego

podczas trwania wizyt terapeutycznych w Centrum Mavicus

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego