Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubawce

**58-420 Lubawka, ul. Kościuszki 19, tel./fax (075) 7411702, e-mail:** [**spzozlub@op.pl**](mailto:spzozlub@op.pl)

**NIP 614-14-73-962, REGON 230433519**

ZOGDA NA SAMODZIELNE WIZYTY PACJENTA, KTÓRY UKOŃCZYŁ 16 LAT

**Ja** …….…………………………………………………………………………… nr PESEL: ................................................................,

*(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)*

legitymujący/a się: …………..…………………………………… seria: …………… nr: ..........................................................,

*(nazwa dokumentu tożsamości)*

**oświadczam**, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym\*:

…………………………………………………………………………….…………………………..……………………..……………………..

*(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)*

data ur. ……………………………………………..., nr PESEL: .......................................................................................................

**i wyrażam zgodę\*\*:**

 na usługę jednorazową w dniu: ...................................................................,

lub

 lub na stałe udzielanie świadczeń medycznych bez mojej obecności.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego\*\*\*.

................................................................................... ……………………………………………………………….  *Miejscowość data podpis składającego oświadczenie*

*\* niepotrzebne skreślić (w przypadku opiekuna prawnego konieczne jest przy składaniu oświadczenia przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawa do opieki nad pacjentem niepełnoletnim) \*\* właściwe zaznaczyć*

*\*\*\* nie dotyczy świadczeń nieodpłatnych, do których pacjent posiada uprawnienia na podstawie odrębnej umowy (pakiet usług lub NFZ )*