

Potwierdzenie czasowej odpowiedzialności rodzicielskiej / Confirmation of a temporary parental responsibility

Data / Date.....

Imię i nazwisko opiekuna / Guardian's full name.....

Aktualny adres zamieszkania / Current address

.....

Nr telefonu / Telephone no......

Relacja wobec pacjenta / Relation to the patient.....

Imię i nazwisko dziecka / Child's full name.....

Oświadczam, że zostałem(am) upoważniony(a) przez rodziców dziecka do opieki nad nim podczas konsultacji lekarskiej / I have been authorised by the child's parents to act as their guardian during medical consultation.

Imię, nazwisko i podpis rodzica /
Full name and signature of the parent

.....

.....

Podpis opiekuna /
Guardian's signature

.....