

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y ..... jako przedstawiciel ustawy  
niepełnoletniej/niepełnoletniego pacjenta .....  
..... PESEL .....,  
mimo informacji, że lekarz nie może przeprowadzić dla mojego podopiecznego teleporady i wyznacza  
termin osobistej wizyty oświadczam, że nie wyrażam zgody na osobiste zgłoszenie się do przychodni w  
celu odbycia wizyty.

-----  
*Podpis czytelny przedstawiciela ustawowego*