

UPOWAŻNIENIE

Działając imieniem własnym, jako

.....
(imię, nazwisko, PESEL)

będąca/-y przedstawicielem ustawowym (proszę wskazać podstawę: rodzic/ opiekun/ kurator) małoletniego/-niej

.....
(imię, nazwisko, PESEL)

upoważniam

.....
(imię, nazwisko, PESEL)

do podejmowania wszelkich decyzji dotyczących stanu zdrowia małoletniego w zakresie ambulatoryjnego leczenia stomatologicznego prowadzonego w gabinecie pn.: Ortodoncja i Stomatologia Monika Matejczyk, ul. Sokoła 27, 32-500 Chrzanów

Upoważnienie nie może być przenoszone.

Upoważnienie jest ważne aż do odwołania.

Jednocześnie zobowiązuję się:

- do pokrycia wszystkich kosztów związanych z przeprowadzeniem badania lekarskiego lub udzieleniem wskazanego świadczenia medycznego
- osobistego kontrolowania przebiegu wizyt (bezpośrednio na recepcji kliniki lub poprzez kontakt mailowy na adres: kontakt@ortoclinica.com.pl), planowania kolejnych wizyt, kontaktu w celu otrzymania informacji o przebiegu leczenia
- wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej pacjenta zobowiązuje się zgłosić niezwłocznie po ich zaistnieniu

.....
Data, podpis rodzica / opiekuna prawnego