



Załącznik nr 3

Imię i nazwisko dziecka:

Adres zamieszkania dziecka:

.....

PESEL dziecka:

Telefon kontaktowy:

ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Ja, niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych mojemu dziecku, na zasadach określonych w Ustawie z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta, przez NOVAM Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (03-815), ul. Chodakowska 19/31.

.....

data, podpis opiekuna prawnego

