
(miejsowość i data)

Przychodnia Primadent spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Sądowa 6, 62-300 Września
NIP: 7891753672, REGON: 360397211

Dane Pacjenta:

Nazwisko: _____

Imię (imiona): _____

PESEL: _____

Dane Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta/Opiekuna prawnego¹:

Nazwisko: _____

Imię (imiona): _____

Adres

zamieszkania: _____

ZGODA NA UDZIAŁ PACJENTA MAŁOLETNIEGO W KONSULTACJACH PSYCHOLOGICZNYCH

Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na udział Pacjenta w konsultacjach psychologicznych w podmiocie Przychodnia Primadent spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrześni.

.....
Data i podpis Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta/Opiekuna prawnego

Podpisuje Pacjent (jeśli dotyczy)²:

Wyrażam zgodę na swój udział w konsultacjach psychologicznych w podmiocie Przychodnia Primadent spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrześni.

.....
Data i podpis Pacjenta

.....
Podpis psychologa przyjmującego oświadczenie

¹ W przypadku Pacjenta małoletniego w wieku do 16 lat wymagana jest zgoda Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta/Opiekuna prawnego, a w przypadku Pacjenta małoletniego w wieku 16-18 lat wymagana jest zgoda Pacjenta i jego Przedstawiciela Ustawowego/Opiekuna prawnego.

² W przypadku Pacjenta małoletniego w wieku 16-18 lat wymagana jest zgoda Pacjenta i jego Przedstawiciela Ustawowego/Opiekuna prawnego.