



UPOWAŻNIENIE

Działając imieniem własnym, jako:

Imię i nazwisko:

PESEL:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

upoważniam:

Imię i nazwisko:

PESEL:

do podejmowania wszelkich decyzji dotyczących stanu zdrowia małoletniego w zakresie
ambulatoryjnego leczenia stomatologicznego prowadzonego w gabinecie pn.: **EZ-DENT sp. z
o. o., ul. Jana Matejki 26/1, 56-400 Oleśnica**

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: gabinet@ezdent.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