

UPOWAŻNIENIE RODZICA/OPIEKUNA/KURATORA

Działając imieniem własnym jako:

Imię/Imiona, nazwisko, PESEL

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

Imię/Imiona, nazwisko, PESEL

upoważniam:

Imię/Imiona, nazwisko, PESEL

do podejmowania wszelkich decyzji dotyczących stanu zdrowia małoletniego w zakresie ambulatoryjnego leczenia stomatologicznego prowadzonego w gabinecie pn.: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "GOR-DENT" S.C. Anna i Bartłomiej Gordon, ul. Xawerego Dunikowskiego 9, 02-784 Warszawa.

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, planowania kolejnych wizyt, kontaktu w celu otrzymania informacji o przebiegu leczenia (bezpośrednio w recepcji kliniki lub poprzez kontakt mailowy na adres: biuro@gordent.pl),
- wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej pacjenta zobowiązuje się zgłosić niezwłocznie po ich zaistnieniu.

Miejscowość, data, czytelny podpis rodzica/opiekuna/kuratora