

# UPOWAŻNIENIE



**dotyczy zgody na przeprowadzenie badania lekarskiego z opiekunem,  
bez obecności opiekuna faktycznego**

Nazwisko i imię dziecka: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania : .....

**Jako osoba upoważniam przez rodzica/opiekuna ustawowego\*, upoważniam  
niżej wymienioną osobę do sprawowania opieki nad w/w dzieckiem, w czasie  
badania lekarskiego w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. w Tarnowie.  
Jednocześnie upoważniam niżej wymienioną osobę do uzyskiwania informacji  
o stanie zdrowia mojego dziecka.**

## Osoba upoważniona:

Nazwisko i imię: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania : .....

## Dane opiekuna faktycznego:

Nazwisko i imię: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania : .....

Telefon: .....

**Zgoda jest ważna na okres od ..... do .....**

.....  
data

.....  
podpis opiekuna faktycznego