

MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE

Dane pacjenta (od 16 do 18 roku życia)

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

Nazwisko i imię:

PESEL

Nazwa dokumentu tożsamości: seria: nr:

(paszport, dowód osobisty)

stopień pokrewieństwa:

(np. ojciec, matka)

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy:

(rodzica/przedstawiciela ustawowego)

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na pobranie krwi i wykonanie badań laboratoryjnych
z moją obecnością / bez mojej* obecności u w dniu**

(imię i nazwisko pacjenta)

.....

data i czytelny podpis

rodzica/przedstawiciela ustawowego pacjenta

**niepotrzebne skreślić*