HADMEDICA

03-044 Warszawa, ul. Płochocińska 111, tel: 22 452 40 55, email: recepcja@hadmedica.pl

**Upoważnienie rodzica na wizyty dziecka z opiekunem**

Ja ………………………………………………………………………………………..

nr PESEL ………………………………………………………

legitymująca/y się: dowodem osobistym/innym dokumentem tożsamości[[1]](#footnote-1)

seria: …………………. nr: …………………………….

jako opiekun prawny: ………………………………………………………………………………………….

upoważniam Pana/Panią ………………………………………………………….

legitymującego/ą się: dowodem osobistym/innym dokumentem tożsamości[[2]](#footnote-2)

seria: …………………….. nr: ……………………………….

na wizyty lekarskie z moim dzieckiem w Przychodni Lekarskiej HADMEDICA

………………………………………………..

( Data i czytelny podpis rodzica )

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)