Dnia ……………………… 2023 r..

……………………………………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………...

(adres opiekuna prawnego)

**UPOWAŻNIENIE**

Jako opiekun prawny mojego dziecka …………………………………. (PESEL ……………….) upoważniam …………………………. (nr dow. os. …………………………..), do wyrażenia zgody na leczenie mojego dziecka w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w tym na realizację szczepień ochronnych, udzielanych w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna “GAJA-MED” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Dojazdowie, ul. Apteczna 8, 32-010 Dojazdów.

Oświadczam, iż moja władza rodzicielska do dziecka nie została ograniczona w zakresie pozwalającym na udzielenie niniejszego upoważnienia.

…………………………………………..

(podpis)