

**ZAŁĄCZNIK NR 3
ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO NA REALIZACJĘ KONSULTACJI/BADANIA.**

Kutno, dn.....

Wyrażenie zgody przez opiekuna prawnego pacjenta na realizację konsultacji/badania

Ja, niżej podpisany/a.....
wyrażam zgodę na konsultację mojej/go syna/córki.....

Podpis opiekuna prawnego

.....