



## ZGODA NA WYKONANIE BADAŃ

Ja.....  
Imię i nazwisko

Legitymujący / legitymująca się dowodem osobistym o

nr .....seria.....

posiadam pełne prawo do opieki nad moją/moim.....  
stopień pokrewieństwa

.....  
Imię i nazwisko

Ur..... PESEL.....

Wyrażam zgodę na wykonanie mu/jej przez Ośrodek Medyczny DMP następującej

usługi.....

Dnia.....

.....  
Miejscowość, data i podpis prawnego opiekuna

.....  
Miejscowość, data, podpis osoby małoletniej jeśli ukończyła 16 lat