



.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres

.....
pesel

.....
telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/-y

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO:

Imię i nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO:

Imię i nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na udział

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

w świadczeniach prowadzonych w Poradni Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży
w WOTUiW przy ul. Głogowskiej 25B w Opolu.

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....
Podpis pacjenta (w przypadku ukończenia 16 r.ż.)

*niepotrzebne skreślić