



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F45

**ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO BEZ OBECNOŚCI RODZICA
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA MAŁOLETNIEGO**

Ja, niżej podpisany(a):

Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna:

PESEL: seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Aktualny adres zamieszkania:

występujący jako przedstawiciel ustawowy / opiekun małoletniego* oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Klinicznym im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej – SPOZ w Bydgoszczy, małoletniemu:

Imię i nazwisko Dziecka:

PESEL Dziecka: Nr księgi głównej:

bez obecności rodzica / opiekuna prawnego bądź opiekuna faktycznego ww. pacjenta małoletniego.

Równocześnie oświadczam, że jestem w pełni świadomy(a) że:

- obowiązek nadzoru oraz zapewnienia bezpieczeństwa małoletniemu spoczywa na podmiocie leczniczym **wyłącznie w czasie udzielania świadczeń,**
- **w pozostałym czasie ponoszę pełną odpowiedzialność** za zaniedbania w nadzorze i za zachowanie małoletniego, na zasadzie winy w nadzorze, jako osoba do tego nadzoru zobowiązana.

Niniejsza zgoda jest ważna aż do jej pisemnego odwołania.

*zaznaczyć właściwe

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Czytelny podpis rodzica</i>	<i>Czytelny podpis opiekuna prawnego</i>