

pieczęćka przychodni Medicover

.....dnia 20 r.
miejsowość

* Pełnomocnictwo jednorazowe na wizytę/badanie w dniu

* Pełnomocnictwo stałe (ważne do odwołania)

Ja niżej podpisana/ny
imię i nazwisko rodzica lub innego ustawowego przedstawiciela PESEL** lub data urodzenia

zamieszkały/ta.....

przedstawiciel ustawowy małoletniego/niej („Dziecko”).....
imię i nazwisko dziecka

..... PESEL** lub data urodzenia dziecka MRN dziecka stopień pokrewieństwa

należycie umocowany do jego reprezentowania upoważniam Medicover Sp. z o.o.(„Medicover”) z siedzibą w Warszawie do:

1)* przeprowadzenia badań lekarskich i zabiegów leczniczych Dziecka w Centrach Medicover oraz w miejscu pobytu

Dziecka, gdy Dziecko będzie przebywać pod opieką Pana/Pani

.....
imię i nazwisko osoby wskazanej w pełnomocnictwie PESEL** lub data urodzenia

2)* przekazywania informacji nt. wyników badań i stanu zdrowia Dziecka Panu/Pani

.....
imię i nazwisko osoby wskazanej w pełnomocnictwie PESEL** lub data urodzenia

Stwierdzam własnoręczność podpisu złożonego w mojej obecności w dniu

.....
Czytelny podpis rodzica lub innego
przedstawiciela ustawowego

.....
czytelny podpis pracownika Medicover
stwierdzającego własnoręczność podpisu

* niepotrzebne skreślić

** w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL (obcokrajowcy) - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość