ZGODA NA BADANIE LEKARSKIE GINEKOLOGICZNE OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

……………………………………………………………………………………………………………………………….

Pesel ………………………………………………………………………………………………………………………

Adres ………………………………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na badanie ginekologiczne mojej córki …………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….

Z nr PESEL……………………………………………………………………………………………………………….

Miejscowość…………………………….. Data………………………………