

**ZGODA NA SAMODZIELNE ZGŁOSZENIE SIĘ DO BADANIA MIKROBIOLOGICZNEGO DLA  
NIELETNIEGO PACJENTA**

**Zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty**

Ja ..... PESEL ..... (imię i nazwisko  
przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: ..... seria: ..... nr: .....,  
(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym:

.....PESEL.....  
(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

i wyrażam zgodę na usługę jednorazową w dniu: ....., polegającą na pobraniu materiału  
do badania mikrobiologicznego w Centrum Badań Mikrobiologicznych i Autoszczepionek imienia dr Jana Bobra sp. z  
o. o.

Kraków .....  
data

.....  
podpis składającego oświadczenie