Smile Team Jacek Wojciechowski
ul. Mieczysława Orłowicza 12/U1
00-414 Warszawa
tel: 22 540 08 08 , 785 121 121
mail: recepcja@smileteam.pl

Pełnomocnictwo do opieki podczas leczenia małoletnich pacjentów.

Ja niżej podpisana/ny:

……..
Imie i nazwisko – dane obowiązkowe

……..
Adres zamieszkania – dane obowiązkowe

……..
Telefon kontaktowy- dane obowiązkowe

……..
Numer dowodu osobistego lub innego dowodu tożsamości – dane obowiązkowe

Jako przedstawiciel ustawowy małoletniego dziecka:

……..
Imie i nazwisko dziecka – dane obowiązkowe

Upoważniam do przeprowadzania badań lekarskich i prowadzenia leczenia stomatologicznego w *Smile Team Jacek Wojciechowski* oraz przekazywania informacji o stanie zdrowia związanego z leczeniem stomatologicznym gdy dziecko będzie przebywało pod opieką Pani/Pana:

……..
Imie i nazwisko – dane obowiązkowe

……..
Numer dowodu osobistego lub innego dowodu tożsamości – dane obowiązkowe

……..
Pełnomocnictwo udzielanie jest czasowo lub bezterminowo – proszę wpisać

…… ……..
Data czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego