

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....

(Imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....

.....

(Adres zamieszkania)

.....

PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....

Stosunek opiekuna prawnego do małoletniego (np. ojciec, matka)

### Upoważnienie na przeprowadzenie badania pod nieobecność opiekuna prawnego

Ja niżej podpisana/ny ....., jako przedstawiciel ustawowy małoletniej/go  
..... (dalej „Dziecko”)

posiadającego PESEL ....., należycie umocowany do jego reprezentacji upoważniam  
..... PESEL

.....

do:

\*pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu w placówce MEDGEN Kamila Czerska i Wspólnicy Spółka Komandytowa z siedzibą w Warszawie

\*przekazywania informacji na temat wyników badań i stanu zdrowia Dziecka

\* inne .....

Jednocześnie oświadczam, że niniejsze pełnomocnictwo:

\* jest jednorazowe – do wizyty/badania Dziecka w placówce/ w dniu .....

\* jest ważne bezterminowo do czasu jego odwołania

.....

(czytelny podpis rodzica lub innego przedstawiciela ustawowego)