



Podlaski  
Wojewódzki  
Ośrodek  
Medycyny  
Pracy

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania profilaktycznego i udzielenie innych świadczeń zdrowotnych z tym związanych wobec pacjenta:

.....  
Imię i nazwisko, data urodzenia / PESEL osoby małoletniej

....., dnia.....  
Miejscowość

.....  
Czytelny podpis podpis rodzica/ przedstawiciela  
ustawowego osoby małoletniej