

## PEŁNOMOCNICTWO

Ja, .....  
(imię i nazwisko udzielającego pełnomocnictwa)

.....  
(adres zamieszkania udzielającego pełnomocnictwa)

.....  
(seria i numer dowodu osobistego udzielającego pełnomocnictwa)

Oświadczam, że jako Rodzic / Opiekun prawny\* upoważniam

.....  
(imię i nazwisko pełnomocnika)

.....  
(adres zamieszkania pełnomocnika)

.....  
(seria i numer dowodu osobistego pełnomocnika)

Do podejmowania decyzji dotyczących leczenia mojego

dziecka .....

(imię i nazwisko dziecka, PESEL)

w gabinecie Ziombki Stomatologia Dziecięca, ul. Gwiazdzista 17 w Poznaniu.

Oświadczam, że nie będę wnosił/a żadnych roszczeń w stosunku do placówki Ziombki Stomatologia Dziecięca w związku z podjętymi decyzjami przez pełnomocnika.

.....

(data i czytelny podpis)

\*nie potrzebne skreślić