Województwo Śląskie

Śląskie Centrum Reumatologii
im. gen. Jerzego Ziętka
w Ustroniu Sp. z o.o.
ul. Szpitalna 11
43-450 Ustroń

tel. +48 33 854 26 40
Obsługa Pacjenta
+48 33 856 80 87
wew. 333

Regon 243693791
NIP 5482667715
Nr KRS 0000527630
K.R. 000000013969
Kapitał zakładowy:57 275 000,00 zł

www.reumatologiczny.pl

Adres do e-doręczeń:
AE:PL-90830-77701-GDTIE-28

Adres skrzynki ePUAP:
/CentrumReumatologii/SkrytkaESP

…….. Górki Wielkie, dnia……

……..

……..
(imię, nazwisko, adres opiekuna/rodzica)

Oświadczenie
o powierzenie opieki nad niepełnoletnim dzieckiem w czasie nieobecności rodzica

Informuję, że w okresie od……do……..

opiekę nad moim dzieckiem……
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

sprawować będzie:……..

……
(imię i nazwisko osoby, której powierzamy opiekę oraz jej nr dowodu osob. i telefon)

……
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Zgoda rodzica

Upoważniam……..
w szczególności do:
-załatwiania wszystkich spraw związanych z pobytem na Oddziale Rehabilitacji Pulmonologicznej „Bucze" w Górkach Wielkich
-udzielam pełnej zgody na podejmowanie decyzji co do podjętego leczenia, spraw bieżących i nagłych
- w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka na czas trwania powierzenia opieki podejmowaniem decyzji związanych z leczeniem i hospitalizacją

……
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w oświadczeniu i zgodzie

……
(czytelny podpis osoby upoważnionej do sprawowania opieki)