

**ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ OSOBIE NIEPEŁNOLETNIEJ
W OŚRODKU TERAPII TRAUMY CM UNIMED**

.....
(Imię i nazwisko rodzica 1)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres zamieszkania rodzica 1)

.....
(Telefon kontaktowy rodzica 1)

.....
(Nr dowodu tożsamości rodzica 1)

.....
(Imię i nazwisko rodzica 2)

.....
(Adres zamieszkania rodzica 2)

.....
(Telefon kontaktowy rodzica 2)

.....
(Nr dowodu tożsamości rodzica 2)

.....
(adres e-mail)

Do: **Ośrodka Terapii Traumatycznej**
CM UNIMED sp. z o.o., ul. Młodej Polski 7, 30-131 Kraków

Wyrażam zgodę na udzielenie świadczeń w zakresie diagnozy, sesji terapii, wsparcia,
psychoedukacji lub poradnictwa na rzecz mojego syna/mojej córki
.....urodzonego/ej w
.....zam.....

PESEL

.....
(Podpis rodzica 1)

.....
(podpis pacjenta powyżej 16 roku życia)

.....
(Podpis rodzica 2)