



**Profeomed**

ul. Kącik 9,  
30-549 Kraków  
REGON: 121171311  
NIP: 9451861341

**Dane małoletniego Pacjenta:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO**

Oświadczam, że jestem jedynym prawym opiekunem Pacjenta oraz jedyną osobą upoważnioną do otrzymywania informacji o przebiegu terapii psychologicznej i terminach wizyt.

Imię i nazwisko Rodzica/ Opiekuna Prawnego .....

PESEL:.....

Nr telefonu :.....

Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego

.....