



## **Profeomed**

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

### **Dane małoletniego Pacjenta:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

## **OŚWIADCZENIE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Wyrażamy zgodę na konsultację psychologiczną / terapię psychologiczną naszego Dziecka będącego Pacjentem Poradni Psychologicznej w Profeomed.

Imię i nazwisko Matki.....

PESEL .....

Nr telefonu : .....

Podpis

.....

Imię i nazwisko Ojca.....

PESEL .....

Nr telefonu : .....

Podpis

.....