

Złotów, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a/ wyrażam zgodę, na podejmowanie decyzji w skierowaniu mojego dziecka

/Pesel dziecka/ , do szpitala na zabieg operacyjny lub obserwację przez wychowawcę internatu ZSR w Złotowie , w razie zaistniałej potrzeby.

Posiadamy ubezpieczenie

/ nazwa adres kasy chorych/

Nr książeczki ubezpieczeniowej lub książeczki Usług Medycznych,

.....

/ Podpis rodziców/