

### Zgoda na pobranie krwi do badań laboratoryjnych dla pacjenta w wieku 16–18 lat

Wyrażam zgodę na pobranie krwi do badań laboratoryjnych mojemu synowi/córcze:

.....

Imię, nazwisko pacjenta

.....

data, podpis pacjenta

.....

Imię, nazwisko, nr dowodu tożsamości rodzica/opiekuna prawnego

.....

data, podpis rodzica/opiekuna