OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania

Ja (imię i nazwisko) …….…….. PESEL ……. wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjentowi (imię i nazwisko) …… PESEL …….

……
(data i podpis)