

Rzeszów, dnia .....

## OŚWIADCZENIE

### O SPRZECIWIWIE NA OSOBISTĄ WIZYTĘ Z DZIECKIEM DO 6 ROKU ŻYCIA

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko) .....  
PESEL .....  
jako przedstawiciel ustawowy (matka, ojciec, opiekun prawny\*) niepełnoletniej  
/niepełnoletniego pacjenta:

(imię,nazwisko).....  
PESEL .....  
mimo informacji, że lekarz nie może przeprowadzić dla mojego podopiecznego teleporady  
i wyznacza termin osobistej wizyty oświadczam, że nie wyrażam zgody na osobiste  
zgłoszenie się do przychodni w celu odbycia wizyty.

#### UWAGI:

*Powyższe oświadczenie należy przedłożyć w formie pisemnej. W przypadku przesłania oświadczenia w formie skanu lub zdjęcia na adres e-mail odpowiedniej poradni zobowiązuję się dostarczyć oryginał powyższego oświadczenia w terminie 7 dni lub w terminie 3 dni od zakończenia odbywania obowiązkowej kwarantanny/izolacji do rejestracji właściwej poradni.*

.....  
*podpis*

\* -należy dołączyć ewentualne orzeczenie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej