***t-med+***

**GABINET GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY DR PATRYCJA BEKAS**

**Plac Pocztowy 2/5 64-980 Trzcianka**

Trzcianka, dnia …………….……………….

...................................................................... (IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO)

......................................................

......................................................

(ADRES ZAMIESZKANIA)

**ZGODA**

Wyrażam zgodę na badanie i leczenie ginekologiczne

mojej niepełnoletniej córki …………………………………………………………………….. (IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA, PESEL)

............................................................... (PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO)