

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym<sup>1</sup>  
małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej \*

.....

*(imię i nazwisko oraz nr pesel małoletniego/osoby ubezwłasnowolnionej)*

.....

*Czytelny podpis*

.....

*Nr pesel*

*przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego\**

*\* niepotrzebne skreślić*

---

<sup>1</sup> **opiekun faktyczny** wg definicji zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga