

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA BADANIE DZIECKA  
Z WYKORZYSTANIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO**

Wyrażam zgodę na wykonanie badania z wykorzystaniem promieniowania jonizującego

.....  
(imię i nazwisko, PESEL dziecka)

bez mojej obecności, a w obecności wskazanego opiekuna

.....  
(imię i nazwisko, PESEL wskazanego opiekuna)

Stopień pokrewieństwa wskazanego opiekuna:.....

.....  
Data i podpis Rodzica/ Opiekuna prawnego

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA BADANIE DZIECKA  
Z WYKORZYSTANIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO**

Wyrażam zgodę na wykonanie badania z wykorzystaniem promieniowania jonizującego

.....  
(imię i nazwisko, PESEL dziecka)

bez mojej obecności, a w obecności wskazanego opiekuna

.....  
(imię i nazwisko, PESEL wskazanego opiekuna)

Stopień pokrewieństwa wskazanego opiekuna:.....

.....  
Data i podpis Rodzica/ Opiekuna prawnego