

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na korzystanie z serwisu Mental Cure
przez osobę małoletnią lub z innych powodów niemającą pełnej
zdolności do czynności prawnych**

1. Wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny:

Ja niżej podpisany:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

PESEL lub seria i numer dowodu osobistego:

Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego (np. ojciec, matka):

Numer telefonu:

Wyrażam zgodę na korzystanie przez moje dziecko/mojego podopiecznego/podopieczną*

Imię i nazwisko pacjenta

Numer PESEL pacjenta

Z serwisu Mental Cure zgodnie z regulaminem serwisu, w szczególności na założenie Konta Klienta i korzystanie przez Nią/Niego/inne* z usług świadczonych przez Specjalistów.

Jednocześnie potwierdzam, że zostałem poinformowany, że prowadzenie działań psychologicznych i/lub terapeutycznych dziecka powyżej 16. Roku życia wymaga również jego zgody.

.....

Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego składającego oświadczenie

2. Wypełnia i podpisuje pacjent (jeśli dotyczy):

Wyrażam zgodę na swój udział w usługach Mental Cure.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta składającego oświadczenie

*niepotrzebne skreślić