

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

.....
(miejsowość i data)

imię i nazwisko Rodzica udzielającego zgodę,
adres oraz seria i numer dowodu osobistego
lub paszportu

ZGODA

Wyrażam zgodę na zawarcie przez moje niepełnoletnie dziecko

.....,
(imię i nazwisko)

.....,
(data urodzenia)

.....,
(seria i numer paszportu)

umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z Narodowym Funduszem Zdrowia-
Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Rzeszowie.

Podstawę prawną umowy stanowi art. 68 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.).

.....
(czytelny podpis Rodzica udzielającego zgodę)