

## OŚWIADCZENIE DLA NIEPEŁNOLETNICH

Ja, niżej podpisany/podpisana, rodzic/opiekun (niepotrzebne skreślić) ..... (imię i nazwisko osoby, korzystającej z usługi), oświadczam, że wyrażam zgodę na korzystanie z usługi ..... (wpisać rodzaj usługi: dietetyka/fizjoterapia/masaż/trening) świadczonej przez Gabinet Activ-Med i biorę odpowiedzialność za wyżej wymienioną osobę.

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....  
(numer telefonu rodzica/opiekuna)

.....  
(data i podpis rodzica/opiekuna)