

ДО
ИЗП. ДИРЕКТОР НА
УМБАЛ „КАНЕВ“ АД

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ
от непълнолетен/поставен под ограничено запрещение пациент

Долуподписаният/та
/трите имена/

ЕГН:....., телефон за връзка:,

пациент в отделение на УМБАЛ „Канев“

АД, в качеството на дете, навършило 14 години, но ненавършило 18 години/лице,

поставено под ограничено запрещение

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

Съм съгласен/на

/име на медията /

да ме интервюира/ видеозаснеме/ фотографира във връзка с

.....

Дата:

Подпис:

Резолюция на изп. директор на УМБАЛ „Канев“ АД:

.....

.....

Подпис: