



....., dnia .....

(Pieczęć zakładu leczniczego)

OŚWIADCZENIE PACJENTA LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DOTYCZĄCE  
WYRAŻENIA ŚWIADOMEJ ZGODY NA PREZENTACJĘ WIZERUNKU:

DZIECKA .....  
MATKI .....  
OJCA .....

Ja niżej podpisana / y .....,  
PESEL....., zamieszkała / y .....

.....  
oświadczam, że wyrażam pełną i świadomą zgodę na prezentację wizerunku mojego  
dziecka z ojcem / ze mną / w trakcie kangurowania/karmienia/czynności pielęgnacyjnych  
w ....., na plakach oraz w materiałach promocyjnych  
Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych, a także w materiałach  
edukacyjnych dla konsultantów i doradców laktacyjnych oraz studentów, pielęgniarek,  
położnych i lekarzy szkolących się w zakresie karmienia piersią i laktacji.

Oświadczam, że zostałam /em poinformowana / y:

- o charakterze, celu, sposobie i warunkach korzystania z naszych zdjęć
- informacja jest dla mnie jasna i zrozumiała

.....  
(Data i podpis osoby informującej)

.....  
Data i podpis matki

.....  
Data i podpis ojca