* **HR-PHARMA Kutató, Fejlesztő, Tanácsadó és Szolgáltató Kft. Diagnosztikai Laboratóriuma**

Laboratóriumvezető neve: Dr. Pap Éva

Mérőhely címe: 6726, Szeged Jobb fasor 12.

**SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott, név:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… személyi igazolvány/útlevél szám………………………………………………………………………………………………………

hozzájárulok ahhoz, hogy ………………………………………………………………………………………………nevű kiskorú gyermekemtől vért vegyenek orvosi labordiagnosztikai vizsgálatok elvégzése céljából.

A kiskorú gyermekem leletét a következő email címre kérem:

…………………………………………………………………………………………………………

Kelt: ………………………, 2023. …………………………… …..…………………………………………………………………..

 a gyermek törvényes képviselőjének aláírása