

## SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

### A vizsgálatban részt vevő kiskorú személy adatai

Név:	Születési hely, idő:
Anyja neve:	TAJ szám:

### Alulírott:

Neve:	Születési helye, ideje:
Anyja neve:	Lakcíme:

mint a vizsgálatban részt vevő kiskorú személy szülője és törvényes képviselője a jelen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom ahhoz, hogy gyermekem a Doktor24 Medicina Zrt. (1134 Budapest, Váci út 37. 1. emelet, továbbiakban „Doktor24”) által nyújtott magánegészségügyi szolgáltatásban részesüljön.

Kijelentem, hogy a Doktor24 honlapján a „doktor24.hu”-nak az alján a jogi dokumentumok között elérhető Adatkezelési tájékoztatóját elolvastam és az abban foglaltakat elfogadom.

Kijelentem, hogy a mai napon a fent nevezett vizsgálatban részt vevő kiskorú személy törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom felfüggesztve, korlátozva, illetve megszüntetve nincs, a jelen nyilatkozat megtételére jogosult vagyok.

....., 2024 ..... hó ..... napján

.....  
a vizsgálatban résztvevő kiskorú személy  
törvényes képviselőjének aláírása