



**Zostałem/am poinformowany/a o zagrożeniu wynikającym z narażenia na promieniowanie jonizujące. Niniejszym wyrażam zgodę na badanie RTG dziecka:**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

**Osoba podpisująca dokument:**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Dowód osobisty nr .....

.....  
data

.....  
czytelny podpis