

Компетентним органам або всім кого це стосується

Батька: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року народження

zareєстрований в \_\_\_\_\_

(паспорт СР \_\_\_\_\_ виданий « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р  
\_\_\_\_\_ МВ УМВСУ в \_\_\_\_\_ області)

Матері: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року народження

zareєстрований в \_\_\_\_\_

(паспорт СР \_\_\_\_\_ виданий « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р  
\_\_\_\_\_ МВ УМВСУ в \_\_\_\_\_ області)

реєстраційний номер облікової картки платника податків за  
даними Державного реєстру фізичних осіб-платників податків  
(\_\_\_\_\_)

## ЗАЯВА

Ми, батьки: батько- \_\_\_\_\_ та мати- \_\_\_\_\_  
даємо згоду на вирішення всіх питань, що будуть стосуватися здоров'я та лікування по життєвій  
необхідності, стосовно нашої неповнолітньої доньки(сина) \_\_\_\_\_,  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року народження, працівнику міжнародного відділу Університету  
Казімежа Великого в Бидгощі – Павлу Подкопаєву.

### Підписи:

Батько: \_\_\_\_\_

Мати: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р (дата прописом)

Місто Рівне, Рівненської області, Україна д \_\_\_\_\_ дві тисячі вісімнадцятого  
року. Я, \_\_\_\_\_ приватний нотаріус  
Рівненського міського нотаріального округу, засвідчую справжність підпису (батька ПІБ),  
(матері ПІБ), які зроблено у моїй присутності. Особу ПІБ(батька), ПІБ(матері), які підписали  
документ, встановлено, їх дієздатність перевірено.