

Samtykke til ændring af aftaler og betaling af behandling

Navn:

Cpr.-nr:

Telefonnummer:

E-mail:

Jeg giver hermed samtykke til, at en forælder/værge har tilladelse til at ændre mine aftaler i Aleris PP.

Samtykket gælder også for evt. betaling i Aleris PP.

Samtykket gælder kun i forbindelse med aktuelle behandling.

Dato: _____

Underskrift: _____

Forælder/værge, som samtykket gives til:

Navn:

Cpr.-nr:

Telefonnummer:

E-mail:

Dato: _____

Underskrift: _____