

**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ**  
**от непълнолетен пациент / поставен под ограничено запрещение**

Долуподписаният.....

(име, презиме, фамилия на пациента)

.....,  
адрес:гр. .... л.к., №.....,  
издаден от ....., на ....., ЕГН .....,

в качеството на дете, навършило 14 години, но ненавършило 18 години / лице, поставено под ограничено запрещение

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ :**

Съм съгласен/на

.....

(наименование на медията или журналиста, за която/който се дава съгласие)

Да направи

1. справка за здравословното състояние на .....от  
..... отделение на МБАЛ-Русе АД.
2. интервюира..... в ..... отделение на  
МБАЛ-Русе АД.
3. видеозаснеме..... в ..... отделение на МБАЛ-  
Русе АД.
4. фотографира..... в ..... отделение на МБАЛ-  
Русе АД.
5. друго .....

Дата: .....

Подпис: .....