

.....
(Miejscowość)

.....
(Data)

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA
NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

WYRAŻAM ZGODĘ NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ ORAZ PROFILAKTYCZNĄ PRZEZ

.....
(nazwa podmiotu leczniczego)

TAK ()

NIE ()

.....
Podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów niniejszego Porozumienia Administratorem Danych

Osobowych ww. dziecka jest

(nazwa podmiotu leczniczego)