

Pieczęć szkoły

Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną

Ja, niżej podpisana(-y).....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub opiekuna prawnego ucznia małoletniego)

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody * na objęcie mnie / pozostającej (-ego) pod moją opieką*

.....
(Imię i nazwisko ucznia PESEL)

przez gabinet **Prywatny Gabinet Stomatologiczny – Marzena Przysucha**
27-400 Ostrowiec Św. ul. Słowackiego 23 tel. 604 964 735

świadzczeniami :

- Ogólno stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia.
- Profilaktycznymi stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

.....
data miejscowość pełnoletniego ucznia

.....
czytelny podpis

* nie potrzebne skreślić