

.....

(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 PROFILAKTYCZNA PRZEZ:**

**NZOZ Specjalistyczne Centrum Stomatologii Dental Aneta Ptaszyńska,
Katowice ul. 3 Maja 33**

TAK ()

NIE ()

.....
Podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów niniejszego Porozumienia Administratorem Danych Osobowych ww. dziecka jest

**NZOZ Specjalistyczne Centrum Stomatologii
Dental Aneta Ptaszyńska, Katowice ul. 3 Maja 33**