

ZGODA NA KORZYSTANIE Z USŁUG GABINETU STOMATOLOGICZNEGO

Imię i Nazwisko Ucznia:

Wyrażam zgodę*/Nie wyrażam zgody * na wykonywanie: świadczeń ogólnie stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

Wyrażam zgodę*/Nie wyrażam zgody * na wykonywanie: profilaktycznych świadczeń stomatologicznych w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

.....

Czytelny podpis rodzica/ pełnoletniego ucznia

*niepotrzebne skreślić