

.....
(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
Centrum Stomatologii NEOMED, ul. Morcinka 9-11, 40-124 Katowice**

TAK*

NIE*

*właściwą odpowiedź zaznaczyć krzyżykiem

.....
Podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów niniejszego Porozumienia Administratorem Danych Osobowych ww. dziecka jest Centrum Stomatologii NEOMED, ul. Morcinka 9-11, 40-124 Katowice