

Katowice,

**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 RODZINNEJ MaksuDent z siedzibą Katowice, ul. Jagiellońska 24/1.

TAK

NIE

.....
Podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów porozumienia na udzielenie świadczeń zdrowotnych Administratorem Danych Osobowych ww. dziecka jest CENTRUM STOMATOLOGII RODZINNEJ MaksuDent z siedzibą Katowice, ul. Jagiellońska 24/1.