

.....
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 Stomatologiczny Agnieszka Gawron**

ul. Kopernika 14, Ostrowiec Świętokrzyski, tel. 41 242-66-44

świadzczeniami:

- ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia,
 profilaktycznymi stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

.....
data i miejscowość

.....
czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia

*niepotrzebne skreślić

.....
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 Stomatologiczny Agnieszka Gawron**

ul. Kopernika 14, Ostrowiec Świętokrzyski, tel. 41 242-66-44

świadzczeniami:

- ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia,
 profilaktycznymi stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

.....
data i miejscowość

.....
czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia

*niepotrzebne skreślić