

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko rodzica lub innego opiekuna prawnego dziecka*

**właściwe podkreślić*

Zgoda na profilaktykę i leczenie stomatologiczne dziecka w dentobusie

-

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na profilaktykę i leczenie stomatologiczne dziecka

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
PESEL dziecka

.....
***Czytelny podpis rodzica
lub innego opiekuna prawnego dziecka***