

.....
(imię i nazwisko matki)

.....
(imię i nazwisko ojca)

.....
Miejscowość, data

Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Kurowicach
ul. Pabianicka 4
95-006 Kurowice

Zgoda na świadczenia ogólnostomatologiczne

Wyrażamy zgodę na opiekę stomatologiczną, o której mowa w art. 7 ust. 4 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami w zakresie świadczenia ogólnostomatologicznego nad naszym dzieckiem

.....
(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

Uczniem klasy..... Szkoły Podstawowej im. Orła Białego w Kurowicach.

.....
(czytelny podpis matki/ojca)