

.....
(imię i nazwisko matki)

.....
Miejscowość, data

.....
(imię i nazwisko ojca)

**Przychodnia Portowa
GABINET STOMATOLOGICZNY
Os. Kasztanowe 50
70- 895 Szczecin**

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 nr 39 w Szczecinie

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