

.....
Miejscowość, data

Wyrażenie zgody rodzica/opiekuna prawnego na objęcie dziecka
opieką stomatologiczną.

Nazwisko: Imię:

Adres:

.....

PESEL:

Wyrażam zgodę na objęcie dziecka opieką stomatologiczną oraz profilaktyczną przez Centrum
Stomatologii NEOMED, ul. Morcinka 9-11, 40-124 Katowice.

☐

TAK

☐

NIE

.....
Podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów niniejszego Porozumienia Administratorem Danych
Osobowych ww. dziecka jest Centrum Stomatologii NEOMED,
ul. Morcinka 9-11, 40-124 Katowice.