……………………….., ………………………

 (Miejscowość) (Data)

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA**

**NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

**DANE DZIECKA**:

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\*

\*właściwą odpowiedź zaznaczyć krzyżykiem

 ……..……………………………………..

 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