

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko opiekunów prawnych)

.....

.....
(adres zamieszkania)

świadczeniodawca: Stomatolog Małgorzata Ciechanowska
Miłomłyn, ul. Cicha 2
porozumienie z dnia 26.09.2019 r.

ZGODA

Ja, niżej podpisana/y.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 4 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami (DZ.U. z dnia 11.06.2019, poz.1078)

wyrażam zgodę na objęcie / pozostającej/ego pod moją opieką

.....
(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

- **świadczeniem ogólnostomatologicznym dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;**

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego ucznia)