EBiDENT
lek. dent. Żaneta Sowińska

Ja…….
(imię i nazwisko rodzica / przedstawiciela ustawowego)

PESEL(rodzica/przedstawiciela ustawowego)……

zamieszkały/a……..
(adres: kod pocztowy , miasto ,ulica , nr domu/mieszkania)

nr tel. kontaktowego rodzica/przedstawiciela…….

Oświadczam, że: jestem rodzicem/przedstawicielem ustawowym……..

……
(imię i nazwisko dziecka)

…….
(PESEL dziecka)

WYRAŻAM ZGODĘ/ NIE WYRAŻAM ZGODY NA: BADANIE PROFILAKTYKĘ LECZENIE MOJEGO DZIECKA/OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ
(niepotrzebne skreślić)

Wszystkie wykonane świadczenia finansowane będą ze środków publicznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

EBIDENT Przychodnia Stomatologiczna oświadcza ,iż dane osobowe podane w powyższym oświadczeniu nie będą udostępniane innym podmiotom oraz nie będą wykorzystywane w celach marketingowych

……
właściciel gabinetu stomatologicznego

…….
(data)

……
(czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego)