

Katowice,

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA
NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

WYRAŻAM ZGODĘ NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ ORAZ PROFILAKTYCZNĄ
PRZEZ
GABINETY STOMATOLOGICZNE „W GWIAZDACH”, 40-203 KATOWICE,
AL. ROŹDZIŃSKIEGO 90
TEL.32 2596936

TAK

NIE

.....

Podpis rodzica/opiekuna

Administratorem Danych Osobowych ww. dziecka jest:
GABINETY STOMATOLOGICZNE „W GWIAZDACH”, 40-203 KATOWICE,
AL. ROŹDZIŃSKIEGO 90
TEL.32 2596936