Data................................

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody \***

na objęcie opieką stomatologiczną **w** **zakresie leczenia stomatologicznego** w gabinecie: **Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Softdent** Pszczela Wola 7, 23-107 Strzyżewice, mojego dziecka
…………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko dziecka)

............................................................................

czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

**Wyrażam zgode / nie wyrażam zgody \***

na objęcie opieką stomatologiczną **w** **zakresie profilaktyki stomatologicznej** w gabinecie **Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Softdent** Pszczela Wola 7, 23–107 Strzyżewice, mojego dziecka ……………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko dziecka)

 ..........................................................................

czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

\*niepotrzebne skreślić

Uwagi/ ważne informacje ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….