

WYRAŻAM ZGODĘ* NIE WYRAŻAM ZGODY*

/NIEPOTRZEBNE SKRESLIĆ/

NA PRZEPROWADZENIE:

/ZAKRES PROCEDUR ZAKREŚLIĆ PONIŻEJ/

BADANIA* - TAK - NIE

PROFILAKTYKI PRZECIWPROCHNICOWEJ* - TAK - NIE

LECZENIA* STOMATOLOGICZNEGO - TAK - NIE

U MOJEGO SYNA* MOJEJ CÓRKI*

W NIEPUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ STOMATOLOGIA – PROTETYKA

43-300 BIELSKO-BIAŁA, UL. RAFOWA 5

**PRZEKAZUJĘ KARTĘ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKUNOWI KLASY – DLA DOKONANIA
REJESTRACJI I ZAPISU DANYCH W TYM GABINECIE**

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE DANYCH DZIECKA W ZAKRESIE POTRZEBNYM DO
REALIZACJI *BADANIA *LECZENIA STOMATOLOGICZNEGO**

DATA

PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO