Kalisz, dnia……………………..

Pani/Pan\*

………………………………

lekarz dentysta

**SPRZECIW wobec sprawowania profilaktycznego świadczenia stomatologicznego**

Zgłaszam/y\* sprzeciw wobec sprawowania profilaktycznego świadczenia

stomatologicznego nad moim/naszym\*

dzieckiem……………………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko)

uczniem klasy…………………………………..Szkoły Podstawowej nr 14

im. Władysława Broniewskiego w Kaliszu.

1)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis matki)

2)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis ojca)

\* niepotrzebne skreślić

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Kalisz, dnia……………………..

Pani/Pan\*

………………………………

lekarz dentysta

**SPRZECIW wobec sprawowania profilaktycznego świadczenia stomatologicznego**

Zgłaszam/y\* sprzeciw wobec sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej

nad moim/naszym\* dzieckiem…………………………………………………………...

 (imię i nazwisko)

uczniem klasy…………………………………..Szkoły Podstawowej nr 14

im. Władysława Broniewskiego w Kaliszu.

1)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis matki)

2)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis ojca)

\* niepotrzebne skreślić