Kalisz, dnia……………………..

Pani/Pan\*

………………………………

lekarz dentysta

**ZGODA na świadczenia ogólnostomatologiczne**

Wyrażam/y\* zgodę na opiekę stomatologiczna (w zakresie świadczenia

ogólnostomatologicznego) 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

**ZGODA na świadczenia ogólnostomatologiczne**

Wyrażam/y\* zgodę na opiekę stomatologiczna (w zakresie świadczenia

ogólnostomatologicznego) 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