Wąsowo, dnia……………………..

Pan

Zbigniew Szymański

lekarz stomatolog

**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 im. gen. Stanisława Taczaka w Wąsowie.

1)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis matki)

2)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis ojca)

\* niepotrzebne skreślić

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

Wąsowo, dnia……………………..

Pan

Zbigniew Szymański

lekarz stomatolog

**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 im. gen. Stanisława Taczaka Wąsowie.

1)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis matki)

2)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis ojca)

\* niepotrzebne skreślić