Załącznik do porozumienia

……………………….., ………………………

 (Miejscowość) (Data)

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA**

**NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

**DANE DZIECKA**:

Nazwisko: ……………………………………………………………………………………..............................................

Imię: …………………………………………………………………………………………................................................

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………………………………………………………..................................................

**WYRAŻAM ZGODĘ NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ ORAZ PROFILAKTYCZNĄ PRZEZ**

**………………………………………………………………………………………………**

(nazwa podmiotu leczniczego)

TAK ( ) NIE ( )

 …………………………….

 Podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów niniejszego Porozumienia Administratorem Danych Osobowych ww. dziecka jest Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych.