……………………………………

(imię i nazwisko matki/opiekunki)

……………………………………

(imię i nazwisko ojca/opiekuna)

Łagiewniki, dnia ………………………..

**Przychodnia Stomatologiczna JANUDENT**

**Lekarz stomatolog Iwona Januszkiewicz**

**58-210 Łagiewniki**

**ul. Sportowa 9**

**Zgoda na świadczenia ogólnostomatologiczne\***

Wyrażamy zgodę na opiekę stomatologiczną, o której mowa w art. 7 ust. 4 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami w zakresie świadczenia ogólnostomatologicznego nad naszym dzieckiem:

.……………………….………………………………...……………………....................................

 (imię i nazwisko dziecka, PESEL)

uczniem klasy ………. Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Łagiewnikach.

…………………………………. ..…………………………………

 (czytelny podpis matki/opiekunki) (czytelny podpis ojca/opiekuna)

\* Wymagana zgoda obojga rodziców

……………………………………

(imię i nazwisko matki/opiekunki)

……………………………………

(imię i nazwisko ojca/opiekuna)

Łagiewniki, dnia ………………………..

**Przychodnia Stomatologiczna JANUDENT**

**Lekarz stomatolog Iwona Januszkiewicz**

**58-210 Łagiewniki**

**ul. Sportowa 9**

**Sprzeciw na świadczenia profilaktyczne stomatologiczne\***

Wyrażamy sprzeciw na opiekę stomatologiczną, o którym mowa w art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami w zakresie świadczenia profilaktyki stomatologicznej nad naszym dzieckiem

………………………………...…………………….....................................................................

 (imię i nazwisko dziecka, PESEL)

uczniem klasy ………. Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Łagiewnikach.

…………………………………. ..…………………………………

 (czytelny podpis matki/opiekunki) (czytelny podpis ojca/opiekuna)

\* Wymagana zgoda obojga rodziców