

Dane opiekuna ustawowego:

Żarnów, dn.

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

.....

.....

NZOZ w Żarnowie

Ul Wolności 4

26-330 Żarnów

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie mojemu synowi/córce.....

....., PESEL, adres zamieszkania :

.....

świadczenia ogólnostomatologicznego przez lekarza dentystę w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej w Poradni Stomatologicznej NZOZ w Żarnowie, ul Wolności 4, 26-330 Żarnów.

Jednocześnie oświadczam, że jestem uprawniony do składania niniejszego oświadczenia.

Podpis opiekuna ustawowego

.....