Katowice, …………………………..

**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 NT MEDICAL Spółka z o.o..**

 ( ) ( )

 **TAK NIE**

…………………….………………………………………

 Podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów porozumienia na udzielenie świadczeń zdrowotnych Administratorem Danych Osobowych ww. dziecka jest NT MEDICAL Spółka z o.o.