

DEKLARACJA ZGODY

Wyrażam zgodę*/ Nie wyrażam zgody* aby dziecko

* Zaznacz właściwe

/imię i nazwisko/

z klasy

Szkoły Podstawowej nr 1

w Tarnowie Podgórnym nr PESEL dziecka:

..... było objęte bezpłatną opieką stomatologiczną
przez lekarza dentystę Przychodni PERDENT w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ.

Profilaktyka: przegląd, fluoryzacja - I etap co 3 miesiące oraz LECZENIE - II etap do decyzji rodzica w gabinecie
PERDENT w Przeźmierowie ul. Kościelna 46/48 sala 201. Dziecko zostaje objęte opieką aż do 18. roku życia

Imię i nazwisko rodzica* / opiekuna*

* Zaznacz właściwe

/imię i nazwisko/

Uwagi:

Data 2022 r.

.....
podpis rodzica / opiekuna

Drugą stronę wypełnia osoba, która wyraziła zgodę na profilaktykę lub leczenie

ODWRÓĆ

DANE PACJENTA [dziecko, młodzież]

NAZWISKO dziecka:										
IMIONA dziecka:	imię 1:					imię 2:				
PESEL dziecka:										
IMIĘ i NAZWISKO OJCA dziecka:										
IMIĘ i NAZWISKO MATKI dziecka:										
MIEJSCE URODZENIA dziecka:										
DATA URODZENIA dziecka gdy brak PESEL										
Uczeń szkoły w Tarnowie Podgórny:	Szkoła Podstawowa nr 1									

ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA:

KOD POCZTOWY:	
MIEJSCOWOŚĆ:	
ULICA / OSIEDLE:	
NR DOMU / NR MIESZKANIA:	
Adres e-mail	
TELEFON MATKI dziecka:	
TELEFON OJCA dziecka:	
TELEFON kontaktowy inny:	

Wyrażm zgodę aby dane osobowe w ww. zakresie szkoła przekazała Przychodni PERDENT w formie elektronicznej.

Podpis rodzica lub opiekuna:

Tarnowo Podgórne, dnia: 2022 r.

ODWRÓC