<u>Zgoda rodziców albo pełnoletnich uczniów</u>

Wyrażam zgodę na udzielenie opieki stomatologicznej w zakresie wykonania świadczenia ogólnostomatologicznego ucznia ……..……...…….....

……..……...…….

(imię i nazwisko, szkoła)

Oświadczam, że uzyskałem/am informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.).

……...

(data i podpis rodzica lub pełnoletniego ucznia)