

Załącznik do porozumienia

.....  
(Miejscowość)

.....  
(Data)

**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**

*Centrum Medycane Tommed sp. z o.o. Osrodek Diagnostyki sp.k.*  
(nazwa podmiotu leczniczego) *Katowice ul. Fredy 22*

TAK ( )

NIE ( )

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów niniejszego Porozumienia Administratorem Danych

Osobowych ww. dziecka jest *ponyżej podmiot leczniczy*