

Wyrażam/nie wyrażam zgodę na badanie oraz profilaktykę stomatologiczną u mojego dziecka,  
wykonywaną w ramach **NFZ** w NS ZOZ „LIBRA” ul. Gogola 4 , 41-807 Zabrze.

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(dokładny adres, kod, miejscowość, ulica, nr )

.....  
(pesel i miejsce urodzenia)

.....  
(telefon kontaktowy)

.....  
(podpisy rodziców lub opiekunów prawnych)

\*niepotrzebne skreślić