....., dn. .....

Zgoda na wykonanie przeglądu stomatologicznego u dziecka

…… imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

…… imię i nazwisko dziecka

…… Pesel dziecka

Wyrażam zgodę na bezpłatny przegląd jamy ustnej u mojego dziecka kwalifikujący do ewentualnego bezpłatnego leczenia stomatologicznego. Przegląd będzie obejmował: ocenę stanu uzębienia i zostanie wykonany przez lekarza stomatologa w Przychodni rehabilitacyjno-leczniczej RENA, aleja Tadeusza Rejtana 10, 35-959 Rzeszów.

…… data i czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów