

## ZGODA RODZICA / OPIEKUN PRAWNY

Wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne oraz leczenie profilaktyczne i zachowawcze uzębienia  
mojego dziecka

..... w Dentobusie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia na  
terenie Gminnego Domu Kultury w Kolsku.

Prosimy o podanie NR PESEL dziecka, adresu zamieszkania oraz nr tel. kontaktowego.

PESEL; .....

ADRES; .....

TEL; .....

Miejscowość, data, czytelny podpis