

Oświadczenie rodzica/ przedstawiciela ustawowego

Ja,
(imię i nazwisko rodzica / przedstawiciela ustawowego)

PESEL (rodzica/przedstawiciela ustawowego)

zamieszkały
(adres: kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że: jestem rodzicem/ przedstawicielem ustawowym

Nr tel. kontaktowy rodzica/przedstawiciela ustawowego:
--

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(PESEL dziecka)

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie stomatologicznych świadczeń profilaktycznych mojemu dziecku/osobie niepełnoletniej w mobilnym gabinecie stomatologicznym (Dentobusie).

Profilaktyka stomatologiczna obejmuje:

- badanie przeglądowe jamy ustnej – oznaczenie wskaźnika intensywności próchnicy, ocena poziomu higieny jamy ustnej, ocena stanu przyzębia, ocena zgryzu;
- indywidualny instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania;

Świadczenia profilaktyczne są finansowane ze środków publicznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

LUX MED. Sp. z o.o. 02-676 Warszawa ul. Postępu 21c oświadcza, iż dane osobowe podane w powyższym oświadczeniu nie będą udostępniane innym podmiotom oraz nie będą wykorzystywane w celach marketingowych.

.....
(data i czytelny podpis)