

Oświadczenie rodzica/przedstawiciela ustawowego

Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI literami

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

.....
(Imię i nazwisko dziecka)

.....
(PESEL dziecka)

Nr tel. rodzica/przedstawiciela ustawowego:

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;
- indywidualne porady w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania;

Świadczenia profilaktyczne są finansowane ze środków publicznych w ramach kontraktu z NFZ.

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)