

Załącznik do porozumienia

.....
(Miejscowość)

.....
(Data)

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA
NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

Adres:

PESEL:

WYRAŻAM ZGODĘ NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ ORAZ PROFILAKTYCZNĄ PRZEZ

SPZLA „Moja Przychodnia” Katowice, ul. PCK 1
(nazwa podmiotu leczniczego)

TAK ()

NIE ()

.....
Podpis rodzica/opiekuna

W związku z realizacją zapisów niniejszego Porozumienia Administratorem Danych

Osobowych ww. dziecka jest SPZLA „Moja Przychodnia” Katowice, ul. PCK 1
(nazwa podmiotu leczniczego)

WYDZIAŁ EDUKACJI I SPORTU
[Signature]
Kierownik Referatu Organizacji, Wspierania i Rozwoju Edukacji
Magdalena Florjańska

ZASTĘPCA NACZELNIKA
Wydziału Edukacji i Sportu
[Signature]
Cezaryna Burek

NACZELNIK
Wydziału Edukacji i Sportu
[Signature]
Sławomir Witek

[Signature]