

NZOZ Przychodnia Lekarska
„RAWMED” Sp. z o. o .
ul. Piłsudskiego 3, 63-900 Rawicz
NIP 699 18 24 359, Regon 411419442

Rawicz, dnia

**WYRAŻENIE ZGODY PEŁNOLETNIEGO UCZNIA
NA PROFILAKTYCZNE ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE
W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM
W SP NR 4 W RAWICZU**

DANE UCZNIA:

Imię i Nazwisko:

Adres i klasa:

PESEL:

Numer kontaktowy:

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody* na wykonywanie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 r.ż. w **Gabiniecie Stomatologicznym w Szkole Podstawowej Nr 4 w Rawiczu ul. Broniewskiego 5**, przez cały okres odbywania przeze mnie obowiązku szkolnego w Zespole Szkół im. Jana Pawła II , określonych w przepisach wydanych na podst. art.31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem ortodoncji.

.....
Podpis ucznia

*niepotrzebne skreślić