Zgoda na udostępnienie danych kontaktowych NZOZ „Lexstom”

Ja, niżej podpisana (-y) .....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia
lub imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

wyrażam /nie wyrażam* zgodę/y na przekazanie NZOZ „Lexstom” danych do kontaktu (imię i nazwisko, numer telefonu) celem ustalenia pierwszej wizyty w ramach opieki stomatologicznej nad uczniami (przede wszystkim wykonywanie świadczeń profilaktycznych).

nr telefonu ……

..... ……
(data i miejscowość) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić

Zgoda na udostępnienie danych kontaktowych NZOZ „Lexstom”

Ja, niżej podpisana (-y) .....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia
lub imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

wyrażam /nie wyrażam* zgodę/y na przekazanie NZOZ „Lexstom” danych do kontaktu (imię i nazwisko, numer telefonu) celem ustalenia pierwszej wizyty w ramach opieki stomatologicznej nad uczniami (przede wszystkim wykonywanie świadczeń profilaktycznych)..

nr telefonu ……

..... ……
(data i miejscowość) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić