

Wyrażam zgodę na ewentualne badania profilaktyczne i leczenie stomatologiczne mojej/mojego syna/córki
..... w gabinecie stomatologicznym - indywidualna Specjalistyczna
Praktyka Lekarska Gabinet Stomatologiczny Jolanta Lenga, ul. Sikorskiego 5, 19-300 Ełk.

Ełk, dnia

.....

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego