

Bielsko-Biała, dnia.....

Pediatryczne Centrum Zabiegowe

ul. Cyniarska 24

43-300 Bielsko-Biała

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja/my niżej podpisana/i*.....

(imię i nazwisko opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust.1 ustawy
o opiece zdrowotnej nad uczniami

wyrażam/y sprzeciw

wobec objęcia profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży
pozostającej/ego pod moja opiekąucz.kl

(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

.....

(podpisy opiekunów prawnych małoletniego ucznia)