**ZGODA**

Wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne i fluoryzację u mojego dziecka

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

przeprowadzone w Gabinecie Stomatologicznym przy ul. Opolskiej 18 w Gliwicach

 ………………………………………………………….

 (podpis rodzica)

**Proszę o podanie numeru kontaktowego w celu umówienia dalszych wizyt kontynuujących zabieg fluoryzacji ……………………………………………………………….**

**ZGODA**

Wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne i fluoryzację u mojego dziecka

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

przeprowadzone w Gabinecie Stomatologicznym przy ul. Opolskiej 18 w Gliwicach

 ………………………………………………………….

 (podpis rodzica)

**Proszę o podanie numeru kontaktowego w celu umówienia dalszych wizyt kontynuujących zabieg fluoryzacji ……………………………………………………………….**

**ZGODA**

Wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne i fluoryzację u mojego dziecka

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

przeprowadzone w Gabinecie Stomatologicznym przy ul. Opolskiej 18 w Gliwicach

 ………………………………………………………….

 (podpis rodzica)

**Proszę o podanie numeru kontaktowego w celu umówienia dalszych wizyt kontynuujących zabieg fluoryzacji ……………………………………………………………….**