



ARTMEDICA

PRZYCHODNIA MEDYCZNA ARTMEDICA
87-100 TORUŃ, UL. SZOSA CHELMIŃSKA 166

**ZGODA NA ZABIEGI PROFILAKTYCZNE PACJENTA
MAŁOLETNIEGO**

Ja,.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego dziecka)

oświadczam niniejszym, iż wyrażam zgodę na zabiegi stomatologiczne z zakresu profilaktyki
u mojego syna / mojej córki

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(nr PESEL dziecka)

W Przychodni Medycznej ArtMedica w Toruniu , ul. Szosa Chelmińska 166.