

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia, klasa)

Sprzeciw wobec objęcia ucznia pełnoletniego profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi

Ja niżej podpisana/y na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. **o opiece zdrowotnej nad uczniami**, **wyrażam sprzeciw** na objęcie **mnie** profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi przez lekarza dentystę ZOZ Meden Sp. z o. o. sprawującym opiekę stomatologiczną nad uczniami I LO Dwujęzycznego im. E. Dembowskiego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji.

.....
(podpis pełnoletniego ucznia)