

.....
(miejsowość, data)

.....
(imiona i nazwiska rodziców /opiekunów prawnych
małoletniego ucznia)

Zgoda na objęcie ucznia świadczeniem ogólnostomatologicznym

Ja/My, niżej podpisana/y/ni na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. **o opiece zdrowotnej nad uczniami**,
wyrażam/y zgodę na objęcie świadczeniami ogólnostomatologicznymi 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

mojego/naszego dziecka....., klasa.....
(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

.....
(podpisy rodziców/opiekunów prawnych)