



## UPOWAŻNIENIE OD RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja, niżej podpisany:

.....  
*imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego*

legitymujący/a się dowodem osobistym nr: .....  
jako rodzic / opiekun prawny małoletniego

.....  
*imię i nazwisko dziecka*

PESEL dziecka .....

wyrażam zgodę na zgłaszanie się dziecka na wizyty stomatologiczne / ortodontyczne  
w gabinetach pro.orto.dent

pod opieką:.....  
*imię i nazwisko osoby upoważnionej*

legitymującej się dowodem osobistym nr: .....

oraz upoważniam wskazaną osobę do:

- towarzyszenia dziecku podczas wizyty,
- przekazywaniu lekarzowi informacji dotyczących stanu zdrowia dziecka,
- odbioru informacji związanych z przeprowadzonym badaniem i leczeniem.

W przypadku konieczności wykonania dodatkowych procedur wymagających odrębnej zgody  
proszę o kontakt pod numerem telefonu:.....

Upoważnienie obowiązuje do odwołania w formie pisemnej.

.....  
*Data, czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego*