

Działdowo, dn.

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE W SPRAWIE OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ
SPRAWOWANEJ W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 2
W DZIAŁDOWIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że nie wyrażam zgody na opiekę ogólnostomatologiczną córki/syna sprawowaną w Szkole Podstawowej nr 2 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Królowej Jadwigi w Działdowie, a realizowanej w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej nr 3 im. Bronisława Malinowskiego przy ulicy Lenartowicza 1 w Działdowie.

.....
Działdowo, dn.

OŚWIADCZENIE W SPRAWIE OPIEKI
ZDROWOTNEJSPRAWOWANEJ W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 2
W DZIAŁDOWIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że nie wyrażam zgody na opiekę zdrowotną córki/syna..... sprawowaną w Szkole Podstawowej nr 2 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Królowej Jadwigi w Działdowie.

.....