

## Oświadczenie rodzica/przedstawiciela ustawowego

Ja,.....  
(imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela ustawowego)

PESEL.....  
(rodzica/przedstawiciela ustawowego)

zamieszkały.....  
(adres: kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że: jestem rodzicem/przedstawicielem ustawowym

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(PESEL dziecka)

nr tel. kontaktowy rodzica/przedstawiciela  
ustawowego:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie stomatologicznych świadczeń profilaktycznych mojemu dziecku/osobie niepełnoletniej w mobilnym gabinecie stomatologicznym (Dentobusie).

Profilaktyka stomatologiczna obejmuje:

- badanie przeglądowe jamy ustnej – oznaczenie wskaźnika intensywności próchnicy, ocena poziomu higieny jamy ustnej, ocena stanu przyzębia, ocena zgryzu,
- indywidualny instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania.

Świadczenia profilaktyczne są finansowane ze środków publicznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

LUX MED sp. z o. o. 02-676 Warszawa ul. Postępu 21C oświadcza, iż dane osobowe podane w powyższym oświadczeniu nie będą udostępniane innym podmiotom oraz nie będą wykorzystywane w celach marketingowych.

.....  
(data i czytelny podpis)