

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego)

**Centrum Medyczne Centrum Medic
ul. Makolągwy 21
02-811 Warszawa**

Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką stomatologiczną

Ja, niżej podpisana/y.....
(imię i nazwisko Rodzica/ Opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U z 2019 poz. 1078) **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka / pozostającego pod moją opieką

.....
(nazwa szkoły, adres)

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

profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

.....
(imię i nazwisko Rodzica /Opiekuna prawnego ucznia)

Wypełniony i podpisany druk należy złożyć w siedzibie Centrum Medyczne Centrum Medic, ul. Makolągwy 21, 02-811 Warszawa lub scan wypełnionego druku z podpisem Rodzica/ Opiekuna prawnego ucznia wysłać mailem na adres: makolagwy@cortenmedic.pl