



OŚWIADCZENIE

Zgoda na udział w badaniach oraz na rejestrację i stworzenie dokumentacji fotograficznej dziecka.

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka),

lat..... (data urodzenia dziecka).....

w bezpłatnych badaniach stomatologicznych w obecności dorosłego opiekuna.

Bezpłatne badania diagnostyczne oraz porady stomatologiczne będą przeprowadzone przez lekarzy warszawskich klinik partnerskich Elektoralna Dental Clinic lub Villa Nova Dental Clinic dla Fundacji Wiewiórki Julii zajmującej się profilaktyką stomatologiczną dzieci. Po badaniu opiekun otrzyma kartę badania pacjenta i przekaże ją rodzicom. Każde Dziecko otrzyma od Fundacji Wiewiórki Julii upominek do higieny jamy ustnej.

Wyrażam zgodę na założenie karty pacjenta Dziecka.

Wyrażam zgodę na stworzenie dokumentacji fotograficznej Dziecka niezbędnej do założenia karty pacjenta oraz działalności promocyjnej Fundacji Wiewiórki Julii z wyłączeniem działań reklamowych.

.....

podpis Lekarza

.....

podpis Rodzica

....., data

Fundacja Wiewiórki Julii
ul. Elektoralna 28
00-892 Warszawa

www.wiewiorkajulia.pl
e-mail. fundacja@wiewiorkajulia.pl
tel. 698-767-148

KRS 0000241384

Nr konta: Bank PKO BP S.A. 15 Oddział w Warszawie 58-1020-1156-0000-7502-0114-9053