



Upoważnienie do samodzielnego odbywania wizyt osoby niepełnoletniej.

Ja, niżej podpisana/y, posługująca/y się numerem PESEL, legitymująca/y się dowodem osobistym o numerze, wyrażam zgodę na samodzielne odbywanie wizyt w przychodni stomatologicznej DUODENT mojego dziecka:, zgodnie z zatwierdzonym planem leczenia z dnia

Zostałam/em poinformowany o planie leczenia według, którego będą odbywane wizyty.

Niniejsze upoważnienie obowiązuje w firmach Grupy DUODENT:

DUODENT S.C. KATARZYNA i ARKADIUSZ ŻMUDA i DUODENT PRZYCHODNIA LEKARSKA SP. Z O.O

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....