



Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
91-738 Łódź, ul. Sporna 19/23 tel./fax (42) 633 15 05 [www.wspl.lodz.pl](http://www.wspl.lodz.pl) sekretariat@wspl.lodz.pl

---

Data, .....

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA  
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA do 18 roku życia  
W PORADNI STOMATOLOGICZNEJ WSPL SP ZOZ W ŁODZI  
Ul. Sporna 19/23 tel. 261 444 873  
NA PODSTAWIE POROZUMIENIA Z ZSGT**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

**WYRAŻAM ZGODĘ NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM  
WSPL SP ZOZ W ŁODZI**

TAK ( )

NIE ( )

**ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ (przeгляд oraz zabezpieczenie zębów fluorem)**

TAK ( )

NIE ( )

**Konsultacja dla osoby niepełnoletniej musi odbyć się w obecności rodzica/opiekuna prawnego.**

**Zapisy odbywają się bezpośrednio w Poradni Stomatologicznej pod numerem telefonu 261 444 873 lub osobiście.**

.....

Podpis rodzica/opiekuna