…… Jarosław dnia …….
(imiona i nazwiska rodziców /opiekunów prawnych
małoletniego ucznia*)

Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi

Ja/My, niżej podpisana/y/ni na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami, wyrażam/y sprzeciw na objęcie profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi przez lekarza dentystę Studia Stomatologii Estetycznej Dentime, Marta Oronowicz ul. Lubelska 1/4, 37-500 Jarosław sprawującym opiekę stomatologiczną nad uczniami ZSE i O w Jarosławiu zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji

mojego/naszego dziecka……., klasa……..……
(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

……
(podpisy rodziców/opiekunów prawnych*)

*Wymagany podpis obojga rodziców/opiekunów prawnych