…………………………………..

(Miejscowość, data)

……………………………………………………

(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

……………………………………………………

……………………………………………………

(adres zamieszkania)

 NZOZ Akademicka Poliklinika Stomatologiczna

 (Nazwa świadczeniodawcy)

ul. Krakowska 26, 50-425 Wrocław

 (adres świadczeniodawcy))

Ja, niżej podpisana/y………………………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o

opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mnie/ pozostającej/ego pod

moją opieką ….……………………………………………………………………………………….………

(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

* świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
* profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia.

…………………….…………………………………………..

(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)