
Szülői hozzájáruló nyilatkozat

Alulírott..... /szülő, törvényes
képviselő neve /

...../lakóhelye/

hozzájárulok, hogy Pifkóné Dien Anna 18 év alatti
gyermekemen,

...../születési ideje/ elvégezze az
általunk megbeszélt szolgáltatást,.....,
és igazolom, hogy a szakember tájékoztattott a kezelés
során felmerülő kockázati tényezőkről, melyeket tudomásul
vettem.

Gyermeke.....kapcsolódó kizáró
okról vagy betegségről nem tudok.

Elérhetőségi telefonszámom:.....

Kelt:.....

Aláírás:.....

GDPR hozzájárulás: aláírással beleegyezek, hogy az adataimat Pifkóné Dien Anna EV. (2141
Csömör, Rét út 28.) tárolja, az abban lévő személyes adataimat harmadik fél részére ki nem adhatja,
kéresemre bemutassa.