

ZGODA
na przeprowadzenie Diagnostyki/Terapii Integracji Sensorycznej
we Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ

JaPESEL:

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym*

(niepotrzebne skreślić)

..... PESEL:

(imię i nazwisko Uczestnika)

i wyrażam zgodę na jego/jej* udział

w badaniu diagnostycznym **Integracji Sensorycznej**

w terapii **Integracji Sensorycznej**

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem/am się z REGULAMINEM korzystania z usług Diagnostyki i Terapii **Integracji Sensorycznej** we Wrocławskim Centrum Zdrowia SP ZOZ

.....

(miejsce, data)

.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

.....

(podpis osoby przyjmującej oświadczenie)

Dane osoby wyrażającej zgodę:

adres:

tel.:

e-mail: