

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....
(telefon kontaktowy)

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie na terenie Poradni badań logopedycznych
mojemu dziecku

ur. PESEL:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
O Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....
(telefon kontaktowy)

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie na terenie Poradni badań logopedycznych
mojemu dziecku

ur. PESEL:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
O Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)
