

## SÚHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

(pre dieťa rozvedených rodičov)



Svojim podpisom potvrdzujem, že súhlasím s tým, aby moje dieťa

....., nar. ....

navštevovalo Ambulanciu klinickej logopédie LogoWin s.r.o. a bola mu poskytovaná zdravotná starostlivosť v zmysle §6 zákona č. 576/2004 ZZ.

Meno rodiča:

Dňa:

.....

podpis rodiča