

## ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Долуподписаният/та.....  
/Име и фамилия на родителя/настойника/

Родител на .....от.....група  
/Име, фамилия и група на детето/

С настоящето информирано съгласие заявявам, че съм информиран/а за Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 -18 години на МЗ, Българския зъболекарски съюз и МОН и съм съгласен/а през месеците .....на 201... година да се проведе безплатна силанизация на първите постоянни дъвкателни зъбки на детето ми.

Дата:..... г.  
Гр.Пловдив

Заявител: .....