

I.1 ONARPEN TALOIA / TALÓN DE ACEPTACIÓN

HAURREN HORTZAGIN PROGRAMA



urtea / año

ERREFERENTZIAZKO DENTISTAREN ZIGILU
SELLO DENTISTA DE REFERENCIA

eguna/día hila / mes urtea / año

Onuradunarentzako alea. Ejemplar para la persona beneficiaria

I.1 ONARPEN TALOIA / TALÓN DE ACEPTACIÓN

HAURREN HORTZAGIN PROGRAMA



urtea / año

ERREFERENTZIAZKO DENTISTAREN ZIGILU
SELLO DENTISTA DE REFERENCIA

eguna/día hila / mes urtea / año

Profesionalarentzako alea. Ejemplar para la persona profesional

I.1 ONARPEN TALOIA / TALÓN DE ACEPTACIÓN

HAURREN HORTZAGIN PROGRAMA



urtea / año

ERREFERENTZIAZKO DENTISTAREN ZIGILU
SELLO DENTISTA DE REFERENCIA

eguna/día hila / mes urtea / año

Administrazioarentzako alea. Ejemplar para la administración.

AITORPENA

Nire semeak/alabak Haurren Hortzagin Programako atentzioa hartzea nahi dut. Hitz ematen dut beteko dudala neuk askatasun osoz hautaturiko erreferentziako dentistak, bere hortzaginetako osasunaren zaintzarako agindutakoa. Neure eskubide eta betebeharren jakitun nago.

Aita, ama edo tutorea:

Sinadura:

Inprimaki honetako datuak dagozkion haurren aho-hortzen osasuna egoerarik onenean mantentzeko dudan erantzukizuna onartzen dut, Haurren Hortzagin Programako baldintzak betez. Era berean, Haurren Hortzagin Programako erreferentziako dentista gisa ditudan eskubide eta betebeharren jakitun nagoela adierazten dut.

Erreferentziako dentista:

Sinadura:

DECLARACIÓN

Deseo que mi hijo o hija reciba la atención del Programa Dental Infantil. Me comprometo a seguir las instrucciones que para el cuidado de su salud dental determine su dentista de referencia que libremente he elegido. Conozco mis derechos y obligaciones.

Padre, madre, tutora o tutor:

Firma:

Acepto mi responsabilidad en el mantenimiento de un estado óptimo de la salud buco-dental del niño o niña cuyos datos figuran en este impreso, bajo las condiciones del Programa Dental Infantil. Así mismo, declaro tener conocimiento de mis derechos y obligaciones como dentista de referencia del Programa Dental Infantil.

Dentista de referencia:

Firma:

AITORPENA

Nire semeak/alabak Haurren Hortzagin Programako atentzioa hartzea nahi dut. Hitz ematen dut beteko dudala neuk askatasun osoz hautaturiko erreferentziako dentistak, bere hortzaginetako osasunaren zaintzarako agindutakoa. Neure eskubide eta betebeharren jakitun nago.

Aita, ama edo tutorea:

Sinadura:

Inprimaki honetako datuak dagozkion haurren aho-hortzen osasuna egoerarik onenean mantentzeko dudan erantzukizuna onartzen dut, Haurren Hortzagin Programako baldintzak betez. Era berean, Haurren Hortzagin Programako erreferentziako dentista gisa ditudan eskubide eta betebeharren jakitun nagoela adierazten dut.

Erreferentziako dentista:

Sinadura:

DECLARACIÓN

Deseo que mi hijo o hija reciba la atención del Programa Dental Infantil. Me comprometo a seguir las instrucciones que para el cuidado de su salud dental determine su dentista de referencia que libremente he elegido. Conozco mis derechos y obligaciones.

Padre, madre, tutora o tutor:

Firma:

Acepto mi responsabilidad en el mantenimiento de un estado óptimo de la salud buco-dental del niño o niña cuyos datos figuran en este impreso, bajo las condiciones del Programa Dental Infantil. Así mismo, declaro tener conocimiento de mis derechos y obligaciones como dentista de referencia del Programa Dental Infantil.

Dentista de referencia:

Firma:

AITORPENA

Nire semeak/alabak Haurren Hortzagin Programako atentzioa hartzea nahi dut. Hitz ematen dut beteko dudala neuk askatasun osoz hautaturiko erreferentziako dentistak, bere hortzaginetako osasunaren zaintzarako agindutakoa. Neure eskubide eta betebeharren jakitun nago.

Aita, ama edo tutorea:

Sinadura:

Inprimaki honetako datuak dagozkion haurren aho-hortzen osasuna egoerarik onenean mantentzeko dudan erantzukizuna onartzen dut, Haurren Hortzagin Programako baldintzak betez. Era berean, Haurren Hortzagin Programako erreferentziako dentista gisa ditudan eskubide eta betebeharren jakitun nagoela adierazten dut.

Erreferentziako dentista:

Sinadura:

DECLARACIÓN

Deseo que mi hijo o hija reciba la atención del Programa Dental Infantil. Me comprometo a seguir las instrucciones que para el cuidado de su salud dental determine su dentista de referencia que libremente he elegido. Conozco mis derechos y obligaciones.

Padre, madre, tutora o tutor:

Firma:

Acepto mi responsabilidad en el mantenimiento de un estado óptimo de la salud buco-dental del niño o niña cuyos datos figuran en este impreso, bajo las condiciones del Programa Dental Infantil. Así mismo, declaro tener conocimiento de mis derechos y obligaciones como dentista de referencia del Programa Dental Infantil.

Dentista de referencia:

Firma: