

Je soussigné(e) MELISSA GOMEZ, donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par mon dentiste qui a réalisé le bilan clinique et étudié les examens complémentaires et qui m'a informé des autres solutions possibles pour mes soins dentaires.

Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaires et avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Fait à Marseille le 10 Juin 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'MELISSA GOMEZ', with a long horizontal stroke extending to the left.