

ZGODA NA PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ

Wyrażam zgodę na PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ u mojego dziecka w ramach Opieki Stomatologicznej zgodnie z warunkami Porozumienia wg Dz.U. 2019 poz. 1078. Profilaktyka jest bezpłatna i obejmuje: badanie, usuwanie złogów nazębnych oraz lakierowanie zębów i jest wykonywana przez lekarza stomatologa w NZOZ DAR-DENT, Łódź, ul. Popieluszki 51 bl.332 oraz Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka (imię, nazwisko, pesel, adres, numer telefonu) przez NZOZ DAR-DENT w zakresie niezbędnym do świadczenia usług medycznych i rozliczania ich w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem Danych zgodnie z zarządzeniami RODO jest NZOZ DAR-DENT Dariusz Zienowicz (email: nzozdardent@outlook.com) z siedzibą w Łodzi, Popieluszki 51 m 22. Oświadczam, i zostałam/em poinformowany, że przysługuje mi prawo do dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, wniesienia pisemnego umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych, a także, że podanie danych osobowych innych, niż wynikających z przepisów prawa jest dobrowolne. Przystąpienie do opieki stomatologicznej jest dobrowolne i możliwe w czasie trwania roku szkolnego, a jednocześnie bezterminowe (warunkiem jest uczęszczanie ucznia do Szkoły z podpisanym Porozumieniem). Rodzic ma prawo rezygnacji z podpisanej wcześniej zgody na opiekę stomatologiczną w formie pisemnej, potwierdzonej złożeniem wniosku w sekretariacie Szkoły.

***PROSIMY O WYPEŁNIENIE ZGODY DRUKOWANYMI LITERAMI
TYLKO PRZEZ ZAINTERESOWANYCH RODZICÓW***

Imię i nazwisko ucznia

Adres z kodem:

PESEL:

Klasa:

Tel. kontaktowy:

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS RODZICA