

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na wykonanie bezpłatnego przeglądu stomatologicznego i zabiegów profilaktycznych (fluoryzacja, usuwanie kamienia, piaskowanie) u mojego dziecka

..... posiadającego numer PESEL:
(wpisać imię i nazwisko dziecka) (wpisać numer PESEL dziecka)

Świadczenie będzie udzielane na terenie szkoły w Dentobusie, w okresie pomiędzy-.....-2019 r.

W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod nr. tel. i adresem e-mail.....
(telefon do rodzica lub opiekuna prawnego) (adres e-mail rodzica lub opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że dziecko miało/nie miało* fluoryzację w okresie ostatnich 3 miesięcy.

Oświadczam, że dziecko miało/nie miało* usuwanie zębnych w okresie ostatnich 6 miesięcy.

☒ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i danych o stanie uzębienia mojego dziecka przez organizatorów i partnerów projektu Ministerstwa Zdrowia „Poprawa dostępności do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w szkołach w 2018 r.” do celów realizacji programu.

☒ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/ 46/WE w związku z koordynacją kontynuacji leczenia mojego dziecka. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania. Administratorem danych są Spółki z Grupy Corten Medic z siedzibą 02-784 Warszawa, ul. Dunikowskiego 10. W przypadku braku zgody prosimy o napisanie na oświadczeniu „nie wyrażam zgody

.....
(wpisać miejscowość i datę)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka)

PACJENTA LECZYMY | www.cortenmedic.pl

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na wykonanie bezpłatnego przeglądu stomatologicznego i zabiegów profilaktycznych (fluoryzacja, usuwanie kamienia, piaskowanie) u mojego dziecka

....., posiadającego numer PESEL:
(wpisać imię i nazwisko dziecka) (wpisać numer PESEL dziecka)

Świadczenie będzie udzielane na terenie szkoły w Dentobusie, w okresie pomiędzy-.....-2019 r.

W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod nr. tel. i adresem e-mail.....
(telefon do rodzica lub opiekuna prawnego) (adres e-mail rodzica lub opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że dziecko miało/nie miało* fluoryzację w okresie ostatnich 3 miesięcy.

Oświadczam, że dziecko miało/nie miało* usuwanie zębnych w okresie ostatnich 6 miesięcy.

☒ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i danych o stanie uzębienia mojego dziecka przez organizatorów i partnerów projektu Ministerstwa Zdrowia „Poprawa dostępności do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w szkołach w 2018 r.” do celów realizacji programu.

☒ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/ 46/WE w związku z koordynacją kontynuacji leczenia mojego dziecka. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania. Administratorem danych są Spółki z Grupy Corten Medic z siedzibą 02-784 Warszawa, ul. Dunikowskiego 10. W przypadku braku zgody prosimy o napisanie na oświadczeniu „nie wyrażam zgody

.....
(wpisać miejscowość i datę)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka)

PACJENTA LECZYMY | www.cortenmedic.pl