

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na wykonanie bezpłatnego przeglądu stomatologicznego u mojego dziecka , posiadającego numer PESEL:
(wpisać imię i nazwisko dziecka) *(wpisać numer PESEL dziecka)*

Świadczenie będzie udzielane w gabinecie stomatologicznym w Zwoleniu 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)*

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 ul. Krasickiego 29n, 05-500 Nowa Iwiczna. 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 u mojego dziecka , posiadającego numer PESEL:
(wpisać imię i nazwisko dziecka) *(wpisać numer PESEL dziecka)*

Świadczenie będzie udzielane w gabinecie stomatologicznym w Zwoleniu 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)*

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 ul. Krasickiego 29n, 05-500 Nowa Iwiczna. 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