

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 złożeń 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, ul. Popieluszki 51 m.22. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowany, że przysługuje mi prawo do dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania;wniesienia pisemnego umotywowania 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. Rodzic ma prawo rezygnacji z opieki stomatologicznej w formie pisemnej, potwierdzonej złożeniem wniosku w sekretariacie Szkoły.

Data i czytelny podpis Rodzica

Imię i nazwisko ucznia.....

Adres z kodem

Pesel.....

Telefon kontaktowy..... Szkoła/Klasa.....