

Oświadczenie rodzica / opiekuna ustawowego

Ja,
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna ustawowego)

zamieszkały/a
(adres: kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem ustawowym
(niewłaściwe skreślić)

.....
imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL dziecka)

numer telefonu do kontaktu
rodzica / opiekuna:

.....

Wyrażam zgodę na objęcie opieką stomatologiczną, zgodnie z porozumieniem ze szkołą, mojego dziecka / osoby niepełnoletniej w gabinecie stomatologicznym w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest: **ZOZ PROTMED sp.j. 91-334 Łódź, ul. Limanowskiego 117**
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz na podstawie art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
3. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podwykonawcy.
4. Posiada Pan/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
5. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisów prawa.

.....
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna ustawowego

Oświadczenie rodzica / opiekuna ustawowego

Ja,
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna ustawowego)

zamieszkały/a
(adres: kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem ustawowym
(niewłaściwe skreślić)

.....
imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL dziecka)

numer telefonu do kontaktu
rodzica / opiekuna:

.....

Wyrażam zgodę na objęcie opieką stomatologiczną, zgodnie z porozumieniem ze szkołą, mojego dziecka / osoby niepełnoletniej w gabinecie stomatologicznym w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), informuję, iż:

7. Administratorem danych osobowych jest: **ZOZ PROTMED sp.j. 91-334 Łódź, ul. Limanowskiego 117**
8. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz na podstawie art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
9. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podwykonawcy.
10. Posiada Pan/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
11. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
12. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisów prawa.

.....
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna ustawowego