



CortenDental

Corten Dental Sp. z o.o.
ul. Cybernetyki 19b
02-677 Warszawa
NIP 524 276 37 21

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego

.....
imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego

Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką stomatologiczną *

- Wyrażam **SPRZECIW** wobec objęcia opieką stomatologiczną nad uczniami, na podstawie art. 7ust. 2w związku z art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) mojego dziecka
- Wyrażam **ZGODĘ** wobec objęcia opieką stomatologiczną nad uczniami, na podstawie art. 7ust. 2w związku z art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) mojego dziecka

.....
imię i nazwisko dziecka, PESEL, telefon kontaktowy

ucznia klasy.....

.....
nazwa szkoły

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, nauczycieli i wychowawców szkoły, placówkom sprawującym opiekę stomatologiczną nad uczniami z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z przeprowadzaniem opieki stomatologicznej w tych placówkach zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. h Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655, 1696).

.....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego

*profilaktyka stomatologiczna obejmuje: przegląd stomatologiczny, instruktaż higieny jamy ustnej, lakierowanie.

**Zaznacz X wybrane pole

Administratorem Państwa danych osobowych jest Corten Dental Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, 02-677 przy ul. Cybernetyki 19/B, tel.: 22 602 07 07 <https://www.cortenmedic.pl/polityka-prywatnosci/>.



CortenDental

Corten Dental Sp. z o.o.
ul. Cybernetyki 19b
02-677 Warszawa
NIP 524 276 37 21

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do wglądu i poprawienia przekazanych danych.

Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2023/2024 na mocy umowy pomiędzy Corten Dental a Narodowym Funduszem Zdrowia (ozn. bezpłatne dla Pacjenta). Wyrażoną zgodę można w dowolnym momencie cofnąć po złożeniu oświadczenia w formie pisemnej w dowolnej placówce Corten Medic lub za pośrednictwem poczty elektronicznej pomoc@cortenmedic.pl.

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

.....

data/miejscowość

