

.....
(imię i nazwisko matki)

.....
(imię i nazwisko ojca)

Poznań, dnia

.....

.....

.....

Zgoda na świadczenia ogólnostomatologiczne*

Wyrażamy zgodę na opiekę stomatologiczną, o której mowa w art. 7 ust. 4 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami w zakresie świadczenia ogólnostomatologicznego nad naszym dzieckiem

.....

(imię i nazwisko, PESEL)

uczniem klasy w Poznaniu.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której uczęszcza moje dziecko podmiotowi leczniczemu

**Indywidualna Praktyka Stomatologiczna lek. stom. Grażyna Ćwintal,
Os. St. Batorego 6/48, Poznań**

Miejscem świadczenia opieki zdrowotnej dla uczniów w zakresie leczenia stomatologicznego jest gabinet stomatologiczny zlokalizowany w szkole SP 53.

z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z przeprowadzaniem profilaktyki stomatologicznej w w/w podmiocie leczniczym zgodnie z art.9 ust 2 lit h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dn. 27 Kwietnia 2016 oraz zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dnia 6 listopada 2008 r.

.....

.....

(czytelny podpis matki i ojca)*

* Wymagana zgoda obojga rodziców