

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na wykonanie mojemu dziecku



..... o numerze PESEL: profilaktyki
(imię i nazwisko) *(numer PESEL)*
 stomatologicznej (przeгляд stomatologiczny, instruktaż higieny jamy ustnej, fluoryzacja, usuwanie kamienia nazębnego, piaskowanie zębów, lakowanie) przez personel medyczny Centrum Medycznego Corten Medic w placówce do tego przeznaczonej (tj. szkolnym gabinecie zabiegowym, stacjonarnej przychodni Corten Medic lub dentobusie) w roku szkolnym 2020/2021. W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod nr. telefonu i adresem e-mail
(tel. do rodzica lub opiekuna prawnego) *(adres e-mail rodzica lub opiekuna prawnego)*

Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2020/2021 na mocy umowy pomiędzy Corten Medic a Narodowym Funduszem Zdrowia (ozn. bezpłatnie dla Pacjenta). **Oświadczam, że w/w świadczenia profilaktyczne nie były realizowane w ramach NFZ w przeciągu ostatnich 6 m-cy.** 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (RODO) przez Spółki z Grupy Corten Medic, ul. Dunikowskiego 10, 02-784 Warszawa (<https://www.cortenmedic.pl/polityka-privatnosci/>), w celu udzielania przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....
(wpisać miejscowość i datę)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka)

Podstawa Prawna: Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dnia 12.04.2019 r., Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

PACJENTA LECZYMY | www.cortenmedic.pl

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na wykonanie mojemu dziecku



..... o numerze PESEL: profilaktyki
(imię i nazwisko) *(numer PESEL)*
 stomatologicznej (przeгляд stomatologiczny, instruktaż higieny jamy ustnej, fluoryzacja, usuwanie kamienia nazębnego, piaskowanie zębów, lakowanie) przez personel medyczny Centrum Medycznego Corten Medic w placówce do tego przeznaczonej (tj. szkolnym gabinecie zabiegowym, stacjonarnej przychodni Corten Medic lub dentobusie) w roku szkolnym 2020/2021. W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod nr. telefonu i adresem e-mail
(tel. do rodzica lub opiekuna prawnego) *(adres e-mail rodzica lub opiekuna prawnego)*

Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2020/2021 na mocy umowy pomiędzy Corten Medic a Narodowym Funduszem Zdrowia (ozn. bezpłatnie dla Pacjenta). **Oświadczam, że w/w świadczenia profilaktyczne nie były realizowane w ramach NFZ w przeciągu ostatnich 6 m-cy.** 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (RODO) przez Spółki z Grupy Corten Medic, ul. Dunikowskiego 10, 02-784 Warszawa (<https://www.cortenmedic.pl/polityka-privatnosci/>), w celu udzielania przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....
(wpisać miejscowość i datę)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka)

Podstawa Prawna: Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dnia 12.04.2019 r., Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.