



## FORMULARZ ZGODY

NA BADANIA I PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ  
DZIECKA W DENTOBUSIE, ZAPARKOWANYM W BEZPOŚREDNIEJ BLISKOŚCI SZKOŁY  
PODSTAWOWEJ/PRZEDSZKOŁA W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ.

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

..... Imię i nazwisko dziecka  
..... Adres (ulica, kod, miejscowość)  
..... Pesel

Wyrażam zgodę na wykonanie (właściwe skreśli znakiem X):

- |    |  |                              |                              |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. | badań stomatologicznych (przeгляд z diagramem i planem leczenia)                                     | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. | zabiegów profilaktycznych (usunięcie kamienia nazębnego, lakowanie, instruktaż higieny, fluoryzacja) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

**W przypadku niewyrażenia zgody na badanie dziecka, badanie nie będzie wykonane.**

Oznajmiam, że zostałam/em poinformowana/y, iż badanie i czynności profilaktyczne będą wykonane bez obecności rodzica, podczas zajęć w terminie wcześniej uzgodnionym z Dyrekcją szkoły oraz w obecności nauczyciela.

Wynik badania wraz z zaleceniami zostanie Państwu przekazany w formie pisemnej.

..... Data  
..... Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna  
..... Numer telefonu  
..... Adres e-mail

Zgoda może zostać odwołana w sposób pisemny lub telefoniczny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka.

### Klauzula informacyjna

Informujemy, że:

- Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Stomatologia Piaseczno sp. z o.o. S.K. z siedzibą przy ul. Nowej 6, w Starej Iwicznej 05-500, tel.: +48 733 686 310, adres e-mail: dentobus.bydgoszcz@dentobus.com.pl.
- Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i poinformowanie o stanie zdrowia.
- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (*Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*).
- Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
- Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

## FORMULARZ ZGODY

NA BADANIA I PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ  
DZIECKA W DENTOBUSIE, ZAPARKOWANYM W BEZPOŚREDNIEJ BLISKOŚCI SZKOŁY  
PODSTAWOWEJ/PRZEDSZKOŁA W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ.

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

..... Imię i nazwisko dziecka  
..... Adres (ulica, kod, miejscowość)  
..... Pesel

Wyrażam zgodę na wykonanie (właściwe skreśli znakiem X):

- |    |  |                              |                              |
|----|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. | badań stomatologicznych (przeгляд z diagramem i planem leczenia)                                     | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. | zabiegów profilaktycznych (usunięcie kamienia nazębnego, lakowanie, instruktaż higieny, fluoryzacja) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

**W przypadku niewyrażenia zgody na badanie dziecka, badanie nie będzie wykonane.**

Oznajmiam, że zostałam/em poinformowana/y, iż badanie i czynności profilaktyczne będą wykonane bez obecności rodzica, podczas zajęć w terminie wcześniej uzgodnionym z Dyrekcją szkoły oraz w obecności nauczyciela.

Wynik badania wraz z zaleceniami zostanie Państwu przekazany w formie pisemnej.

..... Data  
..... Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna  
..... Numer telefonu  
..... Adres e-mail

Zgoda może zostać odwołana w sposób pisemny lub telefoniczny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka.

### Klauzula informacyjna

Informujemy, że:

- Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Stomatologia Piaseczno sp. z o.o. S.K. z siedzibą przy ul. Nowej 6, w Starej Iwicznej 05-500, tel.: +48 733 686 310, adres e-mail: dentobus.bydgoszcz@dentobus.com.pl.
- Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i poinformowanie o stanie zdrowia.
- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (*Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*).
- Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
- Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
- Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.