

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na wykonanie mojemu dziecku.....o numerze

(imię nazwisko DRUKOWANYMI)

PESEL:.....zamieszkałemu.....

(numer PESEL)

(ulica, kod pocztowy, miejscowość)

..... profilaktyki stomatologicznej (przeгляд stomatologiczny, instruktaż higieny jamy ustnej, fluoryzacja) przez personel medyczny Centrum Medycznego Corten Medic/Corten Dental w placówce do tego przeznaczonej (tj. szkolnym gabinecie zabiegowym, stacjonarnej przychodni Corten Medic/Corten Dental lub dentobusie) w roku szkolnym 2022/2023.

W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod numerem telefonu..... i adresem

(nr telefonu rodzica opiekuna prawnego)

e- mail.....

(adres e-mail rodzica opiekuna prawnego)

Wszystkie zabiegi są wykonywane zgodnie z procedurami zapewniającymi bezpieczeństwo naszym Pacjentom.



Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2022/2023 na mocy umowy pomiędzy Corten Medic/ Corten Dental 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/Corten Dental 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/Corten Dental Tomasz Sikora ,ul. Beliny-Prażmowskiego 15 26-600 Radom (<https://www.cortenmedic.pl/polityka-prywatnosci/>), 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.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

Podstawa Prawna: Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dnia 12.04.2019 r. (Dz.U.2019 poz.1078), Ustawa z dnia 6.11.2008 r. (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417) o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

* **niepotrzebne skreślić.**