

## OŚWIADCZENIE

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

....., posiadającego numer PESEL: .....  
(wpisać imię i nazwisko dziecka) (wpisać numer PESEL dziecka)

- |                                      |                              |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Przegląd stomatologiczny          | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Fluoryzacja                       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Usuwanie kamienia nazębnego       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Piaskowanie zębów                 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Leczenie zmian na błonie śluzowej | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Świadczenie będzie udzielane na terenie szkoły w Dentobusie w okresie pomiędzy .....-.....-2019 r. 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 przetwarzanie danych osobowych i danych o stanie uzębienia mojego dziecka przez organizatorów i partnerów projektu Ministerstwa Zdrowia „Dentobus” do celów realizacji programu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (RODO) w związku z koordynacją kontynuacji leczenia mojego dziecka. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania. Administratorem danych są Spółki z Grupy Corten Medic z siedzibą ul. Xawerego Dunikowskiego 10, 02-784 Warszawa. W przypadku braku zgody prosimy o napisanie na oświadczeniu „nie wyrażam zgody”.

.....  
(wpisać miejscowość i datę)

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

PACJENTA LECZYMY | [www.cortenmedic.pl](http://www.cortenmedic.pl)

## OŚWIADCZENIE

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

....., posiadającego numer PESEL: .....  
(wpisać imię i nazwisko dziecka) (wpisać numer PESEL dziecka)

- |                                      |                              |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Przegląd stomatologiczny          | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Fluoryzacja                       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Usuwanie kamienia nazębnego       | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Piaskowanie zębów                 | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 5. Leczenie zmian na błonie śluzowej | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Świadczenie będzie udzielane na terenie szkoły w Dentobusie w okresie pomiędzy .....-.....-2019 r. 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 przetwarzanie danych osobowych i danych o stanie uzębienia mojego dziecka przez organizatorów i partnerów projektu Ministerstwa Zdrowia „Dentobus” do celów realizacji programu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (RODO) w związku z koordynacją kontynuacji leczenia mojego dziecka. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania. Administratorem danych są Spółki z Grupy Corten Medic z siedzibą ul. Xawerego Dunikowskiego 10, 02-784 Warszawa. W przypadku braku zgody prosimy o napisanie na oświadczeniu „nie wyrażam zgody”.

.....  
(wpisać miejscowość i datę)

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

PACJENTA LECZYMY | [www.cortenmedic.pl](http://www.cortenmedic.pl)