

**ZGODA NA OBJĘCIE UCZNIA STOMATOLOGICZNĄ
OPIEKĄ PROFILAKTYCZNĄ**

Ja, niżej podpisana/y

.....
(Imię i nazwisko Rodzica/ Opiekuna prawnego)

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne TAK / NIE

pozostającej (-ego) pod moją opieką
(Imię i nazwisko dziecka)

PESEL:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Będąc(e) uczniem Szkoły Podstawowej nr 8 w Łęborgu

Klasa

w okresie właściwym oznaczonym jako czas trwania kontraktu podpisanego z Narodowym Funduszem Zdrowia.

.....
(czytelny podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego)

Szanowny Pacjencie !

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Possum Sp. z o.o., Plac Solny 14/3 50-062 Wrocław, NIP: 8992835478

2) kontakt z Administratorem Danych Osobowych: biuro@possum.com.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (NFZ) oraz Ubezpieczyciele, laboratoria analityczne

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat,

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania

7) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa Podstawa prawna przetwarzania danych wynika z: rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z 27 kwietnia 2016 r., ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych