

ZGODA NA OBJĘCIE UCZNIĄ STOMATOLOGICZNĄ OPIEKĄ PROFILAKTYCZNĄ

Ja, niżej podpisana/y

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

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

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

TAK NIE

PESEL:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Będziecego/ej uczniem szkoły:

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 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ☐ ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ☐ ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych