

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Lek. stom. Anna Kołodziej-Dziurzyńska
37-124 Kraczkowa 285
Tel. 017 22 66 584 / 665 620 620
www.nzozanadent.pl; e-mail:nzoz@nzozanadent.pl
NIP: 815-122-95-61 / REGON: 690577682

ZGODA RODZICA /OPIEKUNA PRAWNEGO ŚWIADCZENIOBIORCY(NIEPEŁNOLETNIEGO)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy……
Pesel świadczeniobiorcy☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego świadczeniobiorcy
……
Pesel rodzica / opiekuna prawnego świadczeniobiorcy ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Adres zamieszkania ……
Numer telefonu kontaktowego……

Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o zakresie świadczeń w zakresie świadczeń stomatologicznych i wyrażam zgodę na realizację przez:NZOZ lek. stom. Anna Kołodziej-Dziurzyńska, z/s 37-124 Kraczkowa 285.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych świadczeniobiorcy/podopiecznego przez NZOZ lek. stom. Anna Kołodziej-Dziurzyńska z/s 37-124 Kraczkowa 285, w celu komunikacji w zakresie realizacji działalności leczniczej (świadczenia stomatologiczne) oraz NFZ (tylko w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych).

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że dane osobowe świadczeniobiorcy, nie będą udostępniane innym podmiotom poza w/w, a także o przysługujących mi prawach i zasadach ochrony / obowiązek informacyjny Administratora Danych Osobowych (ADO) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).

Zapoznałem(-am) się z treścią Klauzuli Informacyjnej RODO NZOZ lek. stom. Anna Kołodziej-Dziurzyńska z/s 37-124 Kraczkowa 285.

……
(data, podpis świadczeniobiorcy lub
opiekuna prawnego, członka rodziny)