……………………………………

(imię i nazwisko matki)

……………………………………

(imię i nazwisko ojca)

Knurów, dnia ………………………..

**BISTOM S.C.**

**ul. Kapelanów Wojskowych 2 d**

**44-194 Knurów**

**Zgoda na świadczenia ogólnostomatologiczne\***

Wyrażamy zgodę na opiekę stomatologiczną, o której mowa w art. 7 ust. 4 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami w zakresie świadczenia ogólnostomatologicznego nad naszym dzieckiem ………………………………...……………………...

(imię i nazwisko, PESEL)

uczniem klasy ………. Miejskiej Szkoły Podstawowej nr .... w Knurowie.

Wyrażam zgodę na przekazanie powyższych danych osobowych moich i mojego dziecka poprzez pielęgniarkę/higienistkę szkolną, nauczycieli i wychowawców szkoły, do której uczęszcza moje dziecko placówkom Zakładu Leczniczego Bizoń Stomatologia z zastrzeżeniem, że dane te mogą być przetwarzane wyłącznie w związku z  przeprowadzaniem profilaktyki stomatologicznej w Placówkach Zakładu Leczniczego Bizoń Stomatologia zgodnie z art.9 ust 2 lit h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dn. 27 Kwietnia 2016 oraz zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dnia 6 listopada 2008 r. (Szczegóły dostępne w Poradniach ZL Bizoń Stomatologia).

…………………………………. ..…………………………………

(czytelny podpis matki) (czytelny podpis ojca)

\* Wymagana zgoda obojga rodziców