

FORMULARZ ZGODY  
NA BADANIA I PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ W **DENTOBUSIE**  
wykonywane przez personel EKODENT Sp z o.o. z siedzibą w WARSZAWIE  
ZAPARKOWANYM W BEZPOŚREDNIEJ BLISKOŚCI SZKOŁY PODSTAWOWEJ/PRZEDSZKOŁA/PLACÓWKI W  
RAMACH KONTRAKTU Z NFZ.

Prosimy wypełnić czytelnie **DRUKOWANYMI** literami

.....Imię i nazwisko dziecka

.....Adres (ulica,kod, miejscowość)

.....PESEL

.....KLASA szkolna /GRUPA przedszkolna

Ja, niżej podpisany rodzic/opiekun prawny wyżej wskazanego dziecka wyrażam zgodę na wykonanie u niego badań stomatologicznych (przeгляд z diagramem i planem leczenia).  TAK  NIE

Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie zabiegów profilaktycznych (fluoryzacja), jeśli są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i są wskazania medyczne oraz brak przeciwwskazań do ich wykonania.

TAK  NIE

Oznajmiam, że zostałam/em poinformowana/y, iż badanie i czynności profilaktyczne będą wykonane bez obecności rodzica, podczas pobytu dziecka w szkole/przedszkolu/placówce w terminie wcześniej uzgodnionym z Dyrekcją szkoły oraz w obecności opiekuna oddelegowanego przez szkołę.

Wynik badania wraz z zaleceniami zostanie Państwu przekazany w formie pisemnej.

..... Data

..... Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

..... Numer telefonu

..... Adres e-mail

Zgoda może zostać odwołana w sposób pisemny lub telefoniczny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka.

**Klauzula informacyjna**

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest **EKODENT Sp z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Krypska 30 a, 04-082 Warszawa**, tel. +48 733 686 310, adres-mail: [dentobus.olsztyn@dentobus.com.pl](mailto:dentobus.olsztyn@dentobus.com.pl)
2. Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i poinformowanie o stanie zdrowia.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

FORMULARZ ZGODY  
NA BADANIA I PROFILAKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ W **DENTOBUSIE**  
wykonywane przez personel EKODENT Sp z o. o. z siedzibą w WARSZAWIE  
ZAPARKOWANYM W BEZPOŚREDNIEJ BLISKOŚCI SZKOŁY PODSTAWOWEJ/PRZEDSZKOŁA/PLACÓWKI W  
RAMACH KONTRAKTU Z NFZ.

Prosimy wypełnić czytelnie **DRUKOWANYMI** literami

.....Imię i nazwisko dziecka

.....Adres (ulica,kod, miejscowość)

.....PESEL

.....KLASA szkolna /GRUPA przedszkolna

Ja, niżej podpisany rodzic/opiekun prawny wyżej wskazanego dziecka wyrażam zgodę na wykonanie u niego badań stomatologicznych (przeгляд z diagramem i planem leczenia).  TAK  NIE

Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie zabiegów profilaktycznych (fluoryzacja), jeśli są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i są wskazania medyczne oraz brak przeciwwskazań do ich wykonania.  TAK  NIE

Oznajmiam, że zostałam/em poinformowana/y, iż badanie i czynności profilaktyczne będą wykonane bez obecności rodzica, podczas pobytu dziecka w szkole/przedszkolu/placówce w terminie wcześniej uzgodnionym z Dyrekcją szkoły oraz w obecności opiekuna oddelegowanego przez szkołę.

Wynik badania wraz z zaleceniami zostanie Państwu przekazany w formie pisemnej.

..... Data

..... Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

..... Numer telefonu

..... Adres e-mail

Zgoda może zostać odwołana w sposób pisemny lub telefoniczny przez rodzica lub prawnego opiekuna dziecka.

**Klauzula informacyjna**

Informujemy, że:

1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest **EKODENT Sp z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul.Krypska 30 a. 04-082 Warszawa**, tel. +48 733 686 310, adres-mail: [dentobus.olsztyn@dentobus.com.pl](mailto:dentobus.olsztyn@dentobus.com.pl)
2. Celem zbierania danych jest wykonanie świadczeń zdrowotnych i poinformowanie o stanie zdrowia.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe wykonanie świadczeń.
5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.