

**GABINET STOMATOLOGICZNY Aneta Gottwald**

**98-400 Wieruszów , Waryńskiego 15 A**

Wyrażam zgodę na badanie oraz lakierowanie zębów stałych /rezygnuję z opieki stomatologicznej\*

mojego dziecka .....w roku szkolnym 2021/2022

adres .....

nr pesel dziecka .....

podpis rodzica/opiekuna .....

telefon.....

\*zaznacz właściwe

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Gabinet Stomatologiczny Anety Gottwald dla celów realizacji zadań w zakresie udzielania świadczeń stomatologicznych ,komunikacji dotyczącej procesu diagnostyczno-leczniczego .

Jednocześnie oświadczam, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o możliwości jej wycofania w każdym czasie i warunku jej rozliczalności . Zostałem również poinformowany /a o celu zbierania danych osobowych, dobrowolności ich podania ,prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz ,że dane te będą udostępniane innym podmiotom

.....

Data, podpis opiekuna prawnego