

## Oświadczenie rodzica / opiekuna ustawowego

Ja, .....  
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna)

Zamieszkały .....  
(adres: kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

**Oświadczam, że:** jestem rodzicem / opiekunem ustawowym

Nr tel. kontaktowy rodzica/opiekuna:

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL dziecka)

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i świadczeń profilaktycznych mojemu dziecku/osobie niepełnoletniej przez NS ZOZ Super-Dent Stomatologia w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.**

**(NS ZOZ Super-Dent Stomatologia - wojewódzki operator programu Ministerstwa Zdrowia „Dentobus”).**

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:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:  
**Niepubliczny Stomatologiczny ZOZ „SUPER-DENT” s.c. 90-046 Łódź, ul. Wodna 35,**
- 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.
- Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podwykonawcy.
- Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- Podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa.

.....  
(data i czytelny podpis)

## Oświadczenie rodzica / opiekuna ustawowego

Ja, .....  
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna)

Zamieszkały .....  
(adres: kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

**Oświadczam, że:** jestem rodzicem / opiekunem ustawowym

Nr tel. kontaktowy rodzica/opiekuna:

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL dziecka)

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i świadczeń profilaktycznych mojemu dziecku/osobie niepełnoletniej przez NS ZOZ Super-Dent Stomatologia w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.**

**(NS ZOZ Super-Dent Stomatologia - wojewódzki operator programu Ministerstwa Zdrowia „Dentobus”).**

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:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:  
**Niepubliczny Stomatologiczny ZOZ „SUPER-DENT” s.c. 90-046 Łódź, ul. Wodna 35,**
- 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.
- Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podwykonawcy.
- Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa.
- Podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa.

.....  
(data i czytelny podpis)