

FORMULARZ ZGODY

Wyrażam zgodę na przeгляд jamy ustnej oraz lakierowanie zębów wykonywane przez lekarza dentystę w mobilnym gabinecie stomatologicznym - DENTOBUS

.....
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL dziecka

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i UE 2016/679 o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/mojego dziecka przez Q-dent s.c. z siedzibą w Świdniku, ul. Konarskiego 13, w celu ewidencjonowania pacjentów, rozliczenia zobowiązań finansowych wobec NFZ za wyżej wymienione zlecenie oraz w zakresie dotyczącym dobra dziecka - pacjenta. Osoba, której dane dotyczą/rodzic opiekun prawny ma prawo wglądu i aktualizacji swoich danych osobowych.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

FORMULARZ ZGODY

Wyrażam zgodę na przeгляд jamy ustnej oraz lakierowanie zębów wykonywane przez lekarza dentystę w mobilnym gabinecie stomatologicznym - DENTOBUS

.....
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL dziecka

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i UE 2016/679 o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/mojego dziecka przez Q-dent s.c. z siedzibą w Świdniku, ul. Konarskiego 13, w celu ewidencjonowania pacjentów, rozliczenia zobowiązań finansowych wobec NFZ za wyżej wymienione zlecenie oraz w zakresie dotyczącym dobra dziecka - pacjenta. Osoba, której dane dotyczą/rodzic opiekun prawny ma prawo wglądu i aktualizacji swoich danych osobowych.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

