

FORMULARZ ZGODY

Wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne wykonane przez lekarza dentystę w mobilnym gabinecie stomatologicznym-DENTOBUS.

.....
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL dziecka

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

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

Powyższe dane osobowe podlegają ochronie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych/ Dz.U.Nr 97 z 29 października 1997 r. z późniejszymi zmianami i służyć będą wyłącznie do ewidencjonowania pacjentów, rozliczania zobowiązań finansowych wobec NFZ oraz w zakresie dotyczącym dobra dziecka-pacjenta. Osoba, której dane dotyczą/rodzic/opiekun prawny ma prawo wglądu i aktualizacji danych osobowych przechowywanych w bazie danych Q-dent s.c. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

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