

**ZGODA DLA WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH
W RAMACH NFZ**_____
Imię i nazwisko dziecka małoletniego / osoby pełnoletniej_____
PESEL dziecka małoletniego / osoby pełnoletniej_____
Imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela/opiekuna małoletniego dziecka / osoby pełnoletniej_____
Adres e-mail do wysyłki informacji o stanie jamy ustnej (diagram zębowy)**Ja, niżej podpisana/ny oświadczam, że:**

1. Jestem rodzicem/przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym/opiekunem faktyczny ww. małoletniego dziecka/ osobą pełnoletnią.
2. Zapoznałam/em się i zrozumiałam/em z zamieszczonymi na stronie internetowej oraz placówkach świadczeniodawcy regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego Regionalne Centrum Stomatologii sp z o.o. z siedzibą w Wągrowiec 62-100 ul. św. Wojciecha 16 NIP: 7662014921 z klauzulą informacyjną RODO oraz zaakceptowałam/em ich warunki.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez Regionalne Centrum Stomatologii sp z o.o. z siedzibą w Wągrowiec 62-100 ul. św. Wojciecha 16 NIP: 7662014921w celach:
☒ realizacji świadczeń medycznych i związanych z nimi procedur.
☐ marketingowych i promocyjnych (nr telefonu, adres e-mail i adres korespondencyjny) w szczególności polegającej na kontaktowaniu się celem przedstawienia lub informacji o dostępnych usługach.
4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez personel medyczny Regionalne Centrum Stomatologii sp z o.o. z siedzibą w Wągrowiec 62-100 ul. św. Wojciecha 16 NIP: 7662014921 u ww. małoletniego zabiegów profilaktycznych udzielanych ramach opieki stomatologicznej dla dzieci :
 - badanie stomatologiczne/kontrolne jamy ustnej (ocena stanu jamy ustnej; techniki prawidłowego szczotkowania zębów)
 - usuwanie złogów nazębnych (nieinwazyjny zabieg oczyszczenia zębów pozwalający wykryć próchnicę oraz zapobiegać jej powstaniu)
 - lakierowanie zębów/leczenie próchnicy początkowej (nieinwazyjne zabiegi zaaplikowania pędzelkiem na powierzchnię zęba preparatu z fluorem w celu systematycznego leczenie demineralizacji szkliwa lub profilaktyki)
 - leczenie zmian na błonie śluzowej (m.in. nieinwazyjny zabieg zaaplikowania pędzelkiem preparatu antybakteryjnego na powierzchnie dziąsła w okolicy zębów np. po usunięciu złogów nazębnych)

Podpis czytelny imieniem i nazwiskiem
rodzica/przedstawiciela/opiekuna małoletniego dziecka/osoby pełnoletniej**Klauzula informacyjna RODO**

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka jest: Regionalne Centrum Stomatologii sp z o.o. z siedzibą w Wągrowiec 62-100 ul. św. Wojciecha 16 NIP: 7662014921.
- Kontakt z Administratorem Danych Osobowych możliwy jest pod adresem e-mail: rkorzeniowski@gmail.com
- Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe małoletniego dziecka przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c RODO
- Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe małoletniego dziecka przechowywane będą przez okres 20 lat.
- Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora Danych Osobowych dostępu do podanych danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
- Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka.
- Podanie Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka jest obligatoryjne na mocy przepisów (1) RODO, (2) ustawy z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (3) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (4) ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W każdym momencie zgodna na przetwarzanie danych może zostać wycofana przez pismo wysłane na adres placówki medycznej.