Corten Dental sp. z o.o.
ul. Cybernetyki 19b
02-677 Warszawa
NIP: 5214009550

Oświadczenie

Oświadczam, że **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** na objęcie mojego Dziecka edukacją, badaniem stomatologicznym, oraz okresową fluoryzacją w celu zabezpieczenia szkliwa zębów, realizowanych zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U z 2019 r. poz. 1078).

……..……

imię i nazwisko dziecka

……

PESEL

……..……

Adres

Ucznia/uczennicy klasy …….. w mobilnym gabinecie stomatologicznym tj. Dentobusie. Jestem świadomy, że mogę w pełnym zakresie korzystać ze świadczeń leczniczych nieodpłatnie, w dowolnym momencie w wybranym gabinecie stomatologicznym Corten Medic Tomasz Sikora. W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniobiorca może się ze mną skontaktować pod numerem telefonu …….. lub adresem e-mail …… .

Administratorem Państwa danych osobowych jest Corten Medic Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, 02-677 przy ul. Cybernetyki 19/B, tel.: 22 602 07 07 https://www.cortenmedic.pl/polityka-prywatnosci/.

- Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do wglądu i poprawienia przekazanych danych.
- Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2022/2023 na mocy umowy pomiędzy Corten Medic a Narodowym Funduszem Zdrowia (ozn. bezpłatne dla Pacjenta). Wyrażoną zgodę można w dowolnym momencie cofnąć po złożeniu oświadczenia w formie pisemnej w dowolnej placówce Corten Medic lub za pośrednictwem poczty elektronicznej pomoc@cortenmedic.pl.

……..

……...

podpis rodzica/opiekuna prawnego data/miejsce

Corten Dental sp. z o.o.
ul. Cybernetyki 19b
02-677 Warszawa
NIP: 5214009550

Oświadczenie

Oświadczam, że **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** na objęcie mojego Dziecka edukacją, badaniem stomatologicznym, oraz okresową fluoryzacją w celu zabezpieczenia szkliwa zębów, realizowanych zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U z 2019 r. poz. 1078).

……..……

imię i nazwisko dziecka

……

PESEL

……..……

Adres

Ucznia/uczennicy klasy …….. w mobilnym gabinecie stomatologicznym tj. Dentobusie. Jestem świadomy, że mogę w pełnym zakresie korzystać ze świadczeń leczniczych nieodpłatnie, w dowolnym momencie w wybranym gabinecie stomatologicznym Corten Medic Tomasz Sikora. W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniobiorca może się ze mną skontaktować pod numerem telefonu …….. lub adresem e-mail …… .

Administratorem Państwa danych osobowych jest Corten Medic Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, 02-677 przy ul. Cybernetyki 19/B, tel.: 22 602 07 07 https://www.cortenmedic.pl/polityka-prywatnosci/.

- Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do wglądu i poprawienia przekazanych danych.
- Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2022/2023 na mocy umowy pomiędzy Corten Medic a Narodowym Funduszem Zdrowia (ozn. bezpłatne dla Pacjenta). Wyrażoną zgodę można w dowolnym momencie cofnąć po złożeniu oświadczenia w formie pisemnej w dowolnej placówce Corten Medic lub za pośrednictwem poczty elektronicznej pomoc@cortenmedic.pl.

……..

……...

podpis rodzica/opiekuna prawnego data/miejsce