****

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na wykonanie mojemu dziecku……..…………………………………………………………………………………..o numerze PESEL:……………………………..……zamieszkałemu…………………………………………………………………………………………..………………………… profilaktyki stomatologicznej (przegląd stomatologiczny, instruktaż higieny jamy ustnej, fluoryzacja) przez personel medyczny Centrum Medycznego Corten Medic w placówce do tego przeznaczonej (tj. szkolnym gabinecie zabiegowym, stacjonarnej przychodni Corten Medic lub dentobusie) w roku szkolnym 2021/2022.

*(ulica, kod pocztowy, miejscowość)*

*(tel. do rodzica lub opiekuna prawnego)*

*(numer PESEL)*

*(imię nazwisko DRUKOWANYMI)*

W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod numerem telefonu……………………………………………… i adresem e- mail…..…………………………………………………………………...

*(adres e-mail rodzica opiekuna prawnego)*

*(nr telefonu rodzica opiekuna prawnego)*

**Wszystkie zabiegi są wykonywane zgodnie z procedurami zapewniającymi bezpieczeństwo naszym Pacjentom.**

☒ Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2021/2022 na mocy umowy pomiędzy Corten Medic a Narodowym Funduszem Zdrowia (ozn. bezpłatnie dla Pacjenta). **Oświadczam, że w/w świadczenia profilaktyczne nie były realizowane w ramach NFZ w przeciągu ostatnich 6 m-cy.** 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.

☒ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 (RODO) przez Spółki z Grupy Corten Medic, ul. Dunikowskiego 10, 02-784 Warszawa (https://www.cortenmedic.pl/polityka-prywatnosci/), w celu udzielania przez ten podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Podanie danych jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

 …………………………………… ………………………………….

*(miejscowość i data)*

*(podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka)*

*(podpis rodzica/opiekuna)*

**Podstawa Prawna: Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami z dnia 12.04.2019 r. (Dz.U.2019 poz.1078), Ustawa z dnia 6.11.2008 r. (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417) o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**