

## ZGODA

Wyrażam zgodę na wykonanie bezpłatnych zabiegów profilaktycznych

- przegląd stomatologiczny
- fluoryzacja

Imię i nazwisko .....

Adres zameldowania .....

Pesel .....

Tel kontaktowy do rodzica .....

### WAŻNE

Całe spotkanie zaplanowane jest z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa dotyczących wirusa SARS-CoV-2. Nasi pracownicy wyposażeni są w fartuchy ochronne, maseczki zakrywające nos i usta a także przyłbice i rękawiczki (zmieniane przy każdym dziecku). Narzędzia są sterylne zamknięte i poddane sterylizacji za pomocą autoklawu.

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam, zgodnie z art.7 ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw RODO, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie, zbieranie i archiwizowanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka przez emka STOMATOLOGIA z siedzibą w Tychach przy ulicy Harcerskiej 51.

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu korzystania z bezpłatnych usług medycznych.

Zostałem/zostałam poinformowany, że przysługuje mi prawo dostępu do moich i mojego dziecka danych, poprawiania ich, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....  
podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na wykonanie bezpłatnych zabiegów profilaktycznych

- przegląd stomatologiczny
- fluoryzacja

Imię i nazwisko .....

Adres zameldowania .....

Pesel .....

Tel kontaktowy do rodzica .....

### WAŻNE

Całe spotkanie zaplanowane jest z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa dotyczących wirusa SARS-CoV-2. Nasi pracownicy wyposażeni są w fartuchy ochronne, maseczki zakrywające nos i usta a także przyłbice i rękawiczki (zmieniane przy każdym dziecku). Narzędzia są sterylne zamknięte i poddane sterylizacji za pomocą autoklawu.

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam, zgodnie z art.7 ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw RODO, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie, zbieranie i archiwizowanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka przez emka STOMATOLOGIA z siedzibą w Tychach przy ulicy Harcerskiej 51.

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu korzystania z bezpłatnych usług medycznych.

Zostałem/zostałam poinformowany, że przysługuje mi prawo dostępu do moich i mojego dziecka danych, poprawiania ich, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....  
podpis rodzica/ opiekuna prawnego