

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na wykonanie mojemu dziecku ..... o numerze PESEL: ..... , zamieszkałemu ..... profilaktyki stomatologicznej (przeгляд 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 2022/2023. W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod nr. telefonu ..... i adresem e-mail .....  
(imię i nazwisko)  
(numer PESEL) (ulica, kod pocztowy, miejscowość)  
(tel. do rodzica lub opiekuna prawnego)  
(adres e-mail rodzica lub opiekuna prawnego)

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

Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2022/2023 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)

**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.**

PACJENTA LECZYMY | [www.cortenmedic.pl](http://www.cortenmedic.pl)

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na wykonanie mojemu dziecku ..... o numerze PESEL: ..... , zamieszkałemu ..... profilaktyki stomatologicznej (przeгляд 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 2022/2023. W sprawie ewentualnej kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może się ze mną skontaktować pod nr. telefonu ..... i adresem e-mail .....  
(imię i nazwisko)  
(numer PESEL) (ulica, kod pocztowy, miejscowość)  
(tel. do rodzica lub opiekuna prawnego)  
(adres e-mail rodzica lub opiekuna prawnego)

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

Wyrażam zgodę na realizację w/w świadczeń w roku szkolnym 2022/2023 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)

**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.**

PACJENTA LECZYMY | [www.cortenmedic.pl](http://www.cortenmedic.pl)