**FORMULARZ ZGODY**

Wyrażam zgodę na (proszę zaznaczyć X)

przegląd jamy ustnej

zabiegi profilaktyczne: lakierowanie/ lakowanie zębów

 leczenie stomatologiczne: wypełnienia

 usunięcie zęba w znieczuleniu miejscowym

wykonywane przez lekarza dentystę w mobilnym gabinecie stomatologicznym – DENTOBUS

**Pesel Pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………………………………………………………**(imię i nazwisko dziecka)**

………………………………………………………………….………**(adres zamieszkania i tel.do rodzica/opiekuna)**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i UE 2016/679 o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/mojego dziecka przez Q-dent s.c. z siedzibą w Świdniku,ul.Konarskiego 13, w celu ewidencjonowania pacjentów, rozliczenia zobowiązań finansowych wobec NFZ za wyżej wymienione zlecenie oraz w zakresie dotyczącym dobra dziecka – pacjenta. Osoba, której dane dotyczą/rodzic opiekun prawny ma prawo wglądu i aktualizacji swoich danych osobowych.

……………………………………………………………………………**(podpis rodzica/opiekuna prawnego)**

**FORMULARZ ZGODY**

Wyrażam zgodę na (proszę zaznaczyć X)

przegląd jamy ustnej

zabiegi profilaktyczne: lakierowanie/ lakowanie zębów

 leczenie stomatologiczne: wypełnienia

 usunięcie zęba w znieczuleniu miejscowym

wykonywane przez lekarza dentystę w mobilnym gabinecie stomatologicznym – DENTOBUS

**Pesel Pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………………………………………………………**(imię i nazwisko dziecka)**

………………………………………………………………….………**(adres zamieszkania i tel.do rodzica/opiekuna)**

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i UE 2016/679 o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/mojego dziecka przez Q-dent s.c. z siedzibą w Świdniku,ul.Konarskiego 13, w celu ewidencjonowania pacjentów, rozliczenia zobowiązań finansowych wobec NFZ za wyżej wymienione zlecenie oraz w zakresie dotyczącym dobra dziecka – pacjenta. Osoba, której dane dotyczą/rodzic opiekun prawny ma prawo wglądu i aktualizacji swoich danych osobowych.

……………………………………………………………………………**(podpis rodzica/opiekuna prawnego)**