



SPZOZ

PIASTUN

CHRONIMY ZDROWIE

DEKLARACJA

Jako rodzic / opiekun prawny (imię i nazwisko dziecka)

..... PESEL

niniejszym wyrażam zgodę/ nie wyrażam* zgody na objęcie dziecka opieką stomatologiczną, w tym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w gabinecie dentystycznym na terenie Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie, przy ul. M. Reja 1.

Jednocześnie, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie w celu związanym ze sprawowaniem wyżej określonej opieki stomatologicznej.

Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo dostępu i poprawiania tychże danych, zaś dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, ani przekazywane jakimkolwiek innym podmiotom, o ile nie wyrażę na to zgody lub obowiązek taki nie będzie wynikał z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Czytelny podpis (Imię i nazwisko):

Telefon kontaktowy:

Miejscowość i data:

*niepotrzebne skreślić

PIASTUN SPZOZ

ul. Reja 1; 05 - 820 Piastów
tel. 22 72 36 287 ; fax. 22 72 31 147
REGON: 016391637, NIP: 534-21-31-788
w w w . z o z p i a s t o w . p l