

.....
pieczęć szkoły

**Zgoda
na objęcie ucznia opieką profilaktyczną i leczeniem
ogólnostomatologicznym**

w gabinecie dentystycznym SPZOZ w Garwolinie(ul. Staszica 18).

Ja, niżej podpisana (-y)
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub opiekuna prawnego ucznia małoletniego)

wyrażam zgodę na objęcie mnie / pozostającej (-ego) pod moją opieką

.....
(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

1. świadczenia ogólnostomatologiczne [TAK / NIE];
2. świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia [TAK / NIE];

WYRAŻAM SPRZECIW NA:

1. profilaktyczne świadczenia stomatologiczne [TAK / NIE];

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuję, iż:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** z siedzibą w **Garwolinie**, adres: **08-400 Garwolin, ul. Lubelska 50**.
2. W **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Garwolinie** jest powołany Inspektor ochrony danych, z którym można się kontaktować:

**Inspektor Ochrony Danych,
inspektor.od@spzozgarwolin.pl
08-400 Garwolin, ul. Lubelska 50**

3. Pani / Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu: **realizacji procesu leczenia** na podstawie: **Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych**.
4. Odbiorcami danych osobowych są podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dane są niezbędne do zapewnienia ciągłości procesu leczenia oraz podmioty posiadające uprawnienia do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Pani / Pana dane osobowe nie są przekazywane żadnym nieuprawnionym odbiorcom.
5. Dane osobowe Pani / Pana nie są przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
Jednak w przypadku zaistnienia potrzeb przekazywania takich danych, ma Pani / Pan do uzyskania informacji o podstawie prawnej takiego działania oraz może Pani / Pan uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w szczególnych przepisach prawa dotyczących przechowywania i archiwizowania dokumentacji będącej własnością SPZOZ w Garwolinie.
7. Posiada Pani / Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (o ile odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jego cofnięciem.
8. Ma Pani / Pan prawo wniesienia skargi do organu nadrzędnego, gdy uzna Pani / Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani / Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych jest: wymogiem ustawowym. Jest Pani / Pan zobowiązana (-zany) do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie **brak możliwości realizacji procesu leczenia**.
10. Administrator danych nie stosuje profilowania i nie podejmuje zautomatyzowanych decyzji opartych na profilowaniu.

Z klauzulą informacyjną zapoznałam / -em się:

Garwolin, dnia _____

Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia