

Imię i nazwisko*

Adres zamieszkania*

PESEL*

** dane obowiązkowe*

Ne telefonu**

Adres e-mail**

*** dane nieobowiązkowe*

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane osobowe moje / mojego dziecka *** są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne. Zgoda obejmuje wykonanie zgodnie ze sztuką lekarską wszystkich zabiegów leczniczych zleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym.
3. Oświadczam, że jestem świadoma / świadomy, iż podanie danych osobowych **obowiązkowych** jest dobrowolne, a ich niepodanie skutkować będzie odmową wykonania usługi leczenia stomatologicznego.

**** niepotrzebne skreślić*

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **nieobowiązkowych** w celach kontaktu ze mną w sprawach dotyczących leczenia mnie lub mojego dziecka, a także w celach marketingowych oraz związanych z działalnością gabinetu.

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

1. Administratorem w ramach porozumienia o współadministrowaniu Państwa danych osobowych jest
 - Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Kalina Potoczek, ul. Forteczna 2/3, 58-316 Wałbrzych;
 - Gabinet Stomatologiczny Iwona Potoczek, ul. Forteczna 2/3, 58-316 Wałbrzych.
2. Z Administratorami można się kontaktować telefonicznie pod numerem tel.: 668 400 919.
3. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane na podstawie:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu zawarcia i realizacji umowy na świadczenie usług medycznych;
 - b) art. 6 ust. 1 lit c RODO w celu zlecenia badań w laboratoriach zewnętrznych oraz rozliczeń finansowych i tworzenia zestawień, analiz i statystyk, a także w celach archiwalnych;
 - c) art. 6 ust. 1 lit a w oparciu o wyrażoną przez Państwa zgodę.

Pełną treść klauzuli informacyjnej znajdą Państwo na naszej stronie internetowej: www.stomatologiapotoczek.pl lub w naszym gabinecie.