

.....
(miejsowość i data)

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

PESEL świadczeniobiorcy

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z udzieleniem mi następujących świadczeń stomatologicznych:

1) wstępny przegląd stanu uzębienia pacjenta wraz z uzupełnieniem diagramu przedstawiającego status zębowy w wersji elektronicznej,

2) aktualizacja przeglądu stanu uzębienia pacjenta wraz z uzupełnieniem diagramu przedstawiającego status zębowy w wersji elektronicznej przez.....

.....(nazwa świadczeniodawcy),

zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002, Nr 101, poz. 926, ze zm.)

.....
(podpis świadczeniobiorcy)