

**STOMATOLOGIA BICHALSKI**  
**ul. Leśna 23**  
**42-600 Tarnowskie Góry**  
**nr umowy nfz 121/214120**

**Tarnowskie Góry dn .....**

**FORMULARZ ZGODY NA LECZENIE**  
**STOMATOLOGICZNE MAŁOLETNIEGO**  
**( od 16 do 18 ROKU ŻYCIA )**  
**w STOMATOLOGIA BICHALSKI**  
**42-600 Tarnowskie Góry ul. Leśna 23**  
**( budynek przychodni BI-MED)**  
**tel. 728-108-902**

**Zabiegi bezpłatne refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia**

.....  
imię i nazwisko Małoletniego

.....  
pesel

Wyrażam zgodę na wykonanie :

- |   |          |
|---|----------|
| 1) Badań stomatologicznych z planem leczenia                    | tak/ nie |
| 2) Profilaktycznego świadczenia stomatologicznego – fluoryzacja | tak/nie  |
| 3) Lakowania zębów szóstych i siódmych                          | tak/nie  |
| 4) Lakierowania wszystkich zębów                                | tak/nie  |
| 5) Usunięcia złogów nazębnych                                   | tak/nie  |
| 6) Leczenia próchnicy zębów                                     | tak/nie  |
| 7) Leczenia kanałowego zębów ( w razie wskazań )                | tak/nie  |
| 8) Usunięcia zębów ( w razie wskazań )                          | tak/nie  |
| 9) Wykonania zdjęcia rtg ( w razie wskazań )                    | tak/nie  |

.....  
Czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego/prawnego opiekuna

.....  
Numer telefonu

.....  
Adres

.....  
Czytelny podpis Małoletniego

Powyższa zgoda może być odwołana w sposób pisemny przez rodzica/przedstawiciela ustawowego/prawnego opiekuna

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej „RODO”) informuję Panią/Pana, że:

- administratorem zbieranych danych jest Stomatologia Bichalski Elżbieta Pałęga, Wojciech Bichalski spółka jawna z siedzibą w Bytomiu, ul. St. Moniuszki 22 , 41-902 Bytom, filia Tarnowskie Góry 42-300 ul. Leśna 23, tel: 798 810 103 e-mail: [stomatologiabi@wp.pl](mailto:stomatologiabi@wp.pl)
- dane przetwarzane będą na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g-h) RODO, w związku z art. 7 ust.4 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami;
- wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak konieczne do świadczeń w zakresie w jakim została wyrażona,
- celem przetwarzania danych jest świadczenie opieki ogólnostomatologicznej,
- odbiorcami danych będą podmioty uprawnione do ich przetwarzania na podstawie prawa, a także podmioty przetwarzające dane na zlecenie administratora: STOMATOLOGIA BICHALSKI Elżbieta Pałęga, Wojciech Bichalski s.j.
- dane będą przechowywane w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. przez okres określony aktami prawnymi ([m.in.](#) art. 29 ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, RODO);
- w oparciu o przetwarzane dane nie będzie miało miejsca zautomatyzowane podejmowanie decyzji ani profilowanie,
- przysługuje prawo do żądania dostępu do danych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia, a także prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdyby przetwarzanie danych naruszało wymienione prawa lub naruszało RODO,
- we wszystkich sprawach dot. przetwarzania danych osobowych oraz realizacji przysługujących praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym z Administratorem Danych Osobowych przez e-mail: [stomatologiabi@wp.pl](mailto:stomatologiabi@wp.pl)