

**ZGODA NA PRZEKAZANIE NIEZBĘDNYCH INFORMACJI W ZWIĄZKU
Z PROFILAKTYCZNĄ OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ**

Szkoła: **V Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Andrzeja Struga w Gliwicach**

Ja niżej podpisana/y na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust.1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami **WYRAŻAM ZGODE** na przetwarzanie przez Podmiot Leczniczy BISTOM S.C. następujących danych:

Klasa.....

Imię i nazwisko ucznia.....

Pesel ucznia.....

Adres zamieszkania ucznia

.....

Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych.....

.....

Adres zamieszkania rodziców ucznia/ prawnych opiekunów ucznia.....

.....

.....

jako niezbędnych danych związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO.....

PODPIS PEŁNOLETNIEGO UCZNIA.....