

**Zgoda na przetwarzanie danych kontaktowych przez
NZOZ Lexstom Usługi Medyczne Sp. z o.o.**

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

wyrażam zgodę na przetwarzanie przez NZOZ Lexstom Usługi Medyczne Sp. z o.o. danych do kontaktu (imię i nazwisko, numer telefonu) celem ustalenia pierwszej wizyty w ramach opieki stomatologicznej nad uczniami (przede wszystkim wykonywanie świadczeń profilaktycznych).

nr telefonu

.....
(data i miejscowość) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia)

Klauzula Informacyjna – Opieka stomatologiczna dla uczniów

Zgodnie z art. 13 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 informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład leczniczy: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lexstom Usługi Medyczne Sp. z o.o. ul. 26 Marca 164, 44-300 Wodzisław Śląski, e-mail: rejestracjalexstom@gmail.com
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: iodo.lexstom@gmail.com
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania świadczeń medycznych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w związku z przepisami Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
 - Szkoła: **Powiatowe Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego ul. Gałczyńskiego 1, 44-300 Wodzisław Śląski**
 - podmiot wykonujący obsługę informatyczną Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lexstom Usługi Medyczne Sp. z o.o.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, a w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody – prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu i przenoszenia danych.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
8. Podanie Pani/Pana danych jest związane jest z realizacją zapisów zawartego Porozumienia w zakresie organizacji przez Podmiot leczniczy dostępu do świadczeń dla uczniów szkół i placówek, dla których organem prowadzącym jest Powiat Wodzisławski w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych oraz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży.

Dnia: 2024 r.