

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

\_\_\_\_\_  
(podpis świadczeniobiorcy)