ZGODA PRZEKAZANIE NIEZBĘDNYCH INFORMACJI W ZWIĄZKU Z PROFILAKTYCZNĄ OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ

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 ZGODĘ** przekazanie przez Szkołę /pielęgniarkę szkolną/higienistkę szkolną adresu mojego zamieszkania oraz adresu zamieszkania pozostającego pod moja opieką dziecka Podmiotowi Leczniczemu Bistom s.c. jako niezbędnych danych związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Szkoła..... Klasa..... ROK SZKOLNY.....

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO	IMIĘ I NAZWISKO UCZNIA	PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO