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: **Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 10 w Gliwicach**

Imię i nazwisko ucznia: …… Klasa.....
ROK SZKOLNY **2019/2020**
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego: ……

……
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

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: **Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 10 w Gliwicach**

Imię i nazwisko ucznia: …… Klasa.....
ROK SZKOLNY **2019/2020**
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego: ……

……
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

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: **Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 10 w Gliwicach**

Imię i nazwisko ucznia: …… Klasa.....
ROK SZKOLNY **2019/2020**
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego: ……

……
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)