

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a
zamieszkały/a
legitymujący/a się dowodem osobistym nr

upoważniam

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

zamieszkałego/a.....
legitymującego/a się dowodem osobistym nr
do przeprowadzenia wizyty stomatologicznej mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego/ej....., w dniu
(data urodzenia dziecka) (data wizyty stomatologicznej)

w Klinice Stomatologia Polak S.C przy ul. Pokoju 92 w Łędzinach.

Upoważnienie obejmuje zgodę na wykonanie czynności diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych związanych z wizytą stomatologiczną, zgodnie z zaleceniami lekarza dentystry.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Zgodnie z art. 13 i 14 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informujemy, że administratorem danych osobowych (dalej jako: „Administrator”) jest Stomatologia Polak S.C. Jacek Polak, Dominika Nowak-Polak z siedzibą w Łędzinach przy ulicy Pokoju 92/49, e-mail: kontakt@stomatologiapolak.pl, tel.: 512 999 134. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych – Panią Patrycją Hładoń, przesyłając informację na adres e-mail: patrycja@informatics.jaworzno.pl lub listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora lub telefonicznie pod numerem: 668416144. Obowiązku informacyjnego dopełniono indywidualnie przy pierwszym kontakcie z pacjentem oraz stosowną informację opublikowano na terenie siedziby Administratora, jak również na stronie [www: https://stomatologiapolak.pl/](https://stomatologiapolak.pl/).