

SPRZECIW – NFZ

pieczęćka gabinetu

Dnia _____

Imię i nazwisko małoletniego dziecka

Klasa

Numer telefonu kontaktowego do rodzica

Wyrażam sprzeciw wobec objęcia działaniami profilaktycznymi zgodnie z ustawą Dz. U. 2019 poz. 1078 USTAWA z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami .

Klauzula informacyjna ROD

- *Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka jest ww. Podmiot Lecznicy*
- *Kontakt z Administratorem Danych Osobowych możliwy jest pod adresem e-mail: rkorzeniowski@gmail.com*
- *Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe małoletniego dziecka przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c RODO*
- *Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.*
- *Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe małoletniego dziecka przechowywane będą przez okres 20 lat.*
- *Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora Danych Osobowych dostępu do podanych danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.*
- *Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka.*
- *Podanie Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych małoletniego dziecka jest obowiązkowe na mocy przepisów (1) RODO, (2) ustawy z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (3) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (4) ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

podpis czytelny