



## DRODZY RODZICE I OPIEKUNOWIE

Z przyjemnością informujemy, iż na mocy porozumień zawartych pomiędzy Miastem Zielona Góra i Zakładem Leczniczym DirectMedic Gabinetu Stacjonarne **WSZYSCY** uczniowie i podopieczni placówek oświatowo/opiekuńczych wskazanych przez ich organy prowadzące są objęci **BEZPŁATNĄ opieką stomatologiczną** zg. z przepisami Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019 poz. 1078).

Świadczenia stomatologiczne są realizowane przez gabinet zlokalizowany w Zespole Szkół Mistrzostwa Sportowego w Zielonej Górze, ul. S.Wyspiańskiego 21-23, 65-036 Zielona Góra.

## INFORMACJA o sprzeciwie:

Jeśli NIE chcecie Państwo, aby dziecko korzystało z naszej opieki stomatologicznej, zg z rodz. 2 art. 6 ust 3, art. 7 ust 1 i 2 Ustawy (Dz. U. 2019 poz. 1078) powinniście Państwo złożyć pisemny sprzeciw w formie własnej (zawierającej dane: placówka i klasa do której uczęszcza dziecko, imię i nazwisko, PESEL) lub na druku dostępnym w sekretariacie Państwa placówki/w gabinecie w ZSMS, ul. Wyspiańskiego 21-23. Jego wzór znajduje się na dole niniejszej informacji. Wyrażenie sprzeciwu, który zgodnie z rodz. 2 art. 7 ust 1 i 2 Ustawy (Dz. U. 2019 poz. 1078) ma być sprzeciwem PISEMNYM, dostarczonym do Świadczeniodawcy jest możliwe:

- jeśli Państwa placówka oświatowa/opiekuńcza wyraża na to zgodę, we wskazanym przez nią miejscu – np.: lokalnym sekretariacie, przy czym wówczas placówka zobowiązuje się do przekazania DirectMedic zebranych pisemnych protestów
- osobiście, do Gabinetu stomatologicznego w ZSMS, ul. Wyspiańskiego 21-23; 65-036 Zielona Góra
- pocztą, na w/w adres, listem poleconym za potwierdzeniem odbioru
- drogą elektroniczną, dokumentem podpisanym podpisem elektronicznym (Epuap) lub kwalifikowanym na adres mailowy: zielona@directmedic.pl

## OŚWIADCZENIE

Jako rodzic/opiekun prawny dziecka: ..... o numerze PESEL.....  
(imię i nazwisko DZIECKA) (PESEL DZIECKA)

zamieszkałego: ul..... w ..... kod pocztowy .....  
(ulica, numer domu, numer mieszkania) (miejscowość)

uczęszczającego do ..... , klasy/grupy.....  
(numer, nazwa placówki oświatowej/opiekuńczej)

wyrażam niniejszy **sprzeciw**, zg z rodz. 2 art. 6 ust 3, art. 7 ust 1 i 2 Ustawy (Dz. U. 2019 poz. 1078), **NIE WYRAŻAJĄC** zgody na objęcie mojego dziecka bezpłatną opieką stomatologiczną świadczoną przez Zakład Leczniczy DirectMedic G.S.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez DirectMedic Gabinetu Stacjonarne sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (53-652), ul. Kruszwicka 24/52 podanych danych osobowych wyłącznie w celu rejestracji danych Pacjenta, któremu DirectMedic sp. z o.o. Gabinetu Stacjonarne podczas wykonywania rutynowych przeglądów stomatologicznych NIE MOŻE udzielać świadczeń, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych i Rozp. PE i Rady UC 2016/679 (RODO). Podanie danych w oświadczeniu jest dobrowolne. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych, możliwości ich poprawienia, żądania zaprzestania ich przetwarzania.

.....  
 data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna dziecka