

Załącznik Nr 1 do Umowy

Profilaktyka pierwotna

Liczba wykładów	Temat wykładów	Data	Liczba odbiorców	Określenie grupy/klas

Suma:

Zatwierdzam,

.....
(podpis dyrektora szkoły/przedszkola)

Załącznik Nr 3 do Umowy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka zawartych w Karcie Badania Stomatologicznego Gminie Sulmierzyce, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu weryfikacji zadania, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (zwanego dalej Rozporządzenia lub RODO) (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1 z późn. zm.) oraz oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis)