

## FORMULARZ ZGODY RODZICIELSKIEJ

Ja, .....*[imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela/opiekuna prawnego]*, potwierdzam, że .....*[imię i nazwisko osoby niepełnoletniej, której dane dotyczą]* jest w wieku poniżej 16 lat i niniejszym wyrażam zgodę w jej/jego imieniu na przetwarzanie jej/jego danych osobowych przez Estedentica Magdalena Jaszczak – Małkowska z siedzibą przy ul. Dobrej 27 lok. A, 00-344 Warszawa, w celu świadczenia usług specjalistycznych, wykonania zabiegów stomatologicznych, wysyłania wiadomości mailowych (np. kosztorysy konsultowanych usług), prowadzenia korespondencji oraz konsultowania się z pacjentem w toku prowadzonego procesu leczenia.

Jestem świadomy(-a), że mogę wycofać zgodę na przetwarzanie danych osobowych .....  
.....*[imię i nazwisko osoby niepełnoletniej, której dane dotyczą]* w dowolnym czasie za pomocą „FORMULARZA WYCOFANIA ZGODY RODZICIELSKIEJ” wysłanego wiadomością e-mail na adres [rodo@estedentica.pl](mailto:rodo@estedentica.pl) lub pocztą na adres ul. Dobra 27 lok. A, 00-344 Warszawa.

Podpis:

Data:

---

---