SIA „Villadent” ZOBĀRSTNIECĪBAS KLĪNIKA ZOBU FEJA

Pacienta vārds/uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personas kods\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deklarētā dzīvesvietas adrese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Aizpilda pacienta likumīgais pārstāvis, ja bērns nav sasniedzis pilngadību

Piekrišanas apliecinājums

Ar šo apliecinu savu piekrišanu tam, ka SIA Villadent, reģistrācijas numurs 40003710609, ievāc, izmanto, glabā un dzēš manus personas datus veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas nolūkos, kā arī nodod manus datus šeit minēto datu apstrādes nolūku ietvaros SIA Villadent administratoriem un zobārstiem, nodrošinot, ka datu apstrādē tiek ievēroti Eiropas Parlamenta un Padomes2016/679 regulas (ES) principi un Latvijas Republikas Personas datu apstrādes likuma noteikumi.

SIA „Villadent”

E-pasts: [info@zobufeja.lv](mailto:info@zobufeja.lv)

Tālr: +371 22304047

Savus personas datus esmu nodevis/usi šī uzņēmuma rīcībā brīvprātīgi. Esmu informēts/a, ka jebkurā laikā esmu tiesīgs/a prasīt savu datu atjaunošanu, informāciju par manu datu lietošanu, atsaukt šeit sniegto piekrišanu un prasīt savu datu dzēšanu. Kā arī esmu informēts/a, ka klīnikā „Zobu feja” tiek veikta video novērošana un visi ieraksti tiek saglabāti.

* Dodu savu piekrišanu mana mobilā telefona un e-pasta izmantošanai vizītes atgādinājumiem klīnikā „Zobu feja”:

Jā Nē Paraksts ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Dodu savu piekrišanu mana mobilā telefona un e-pasta izmantošanai, lai saņemtu informāciju par plānotajām akcijām un īpašajiem piedāvājumiem klīnikā „Zobu feja”:

Jā Nē Paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Dodu savu piekrišanu savu vai manu bērnu (pacientu) fotogrāfiju publicēšanai Instagram un Facebook mājaslapā:

Jā Nē Paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2020. gada ­\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pacients (Pacienta likumīgais pārstāvis) vārds / uzvārds

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_