

DRODZY RODZICE I OPIEKUNOWIE

Z przyjemnością informujemy, iż na mocy porozumień zawartych pomiędzy JST rejonu Świdnickiego i Zakładem Leczniczym DirectMedic Gabinety 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 Szkole Podstawowej nr 3 w Świębodzicach, ul. Świdnicka 13 (na parterze budynku sali gimnastycznej).

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) lub na druku dostępnym w sekretariacie Państwa placówki/w gabinecie w SP nr 3 w Świębodzicach. 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, dostarczonemu 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 Szkole Podstawowej nr 3 w Świębodzicach, ul. Świdnicka 13 (na parterze budynku sali gimnastycznej); 58-160 Świębodzice
- pocztą, na w/w adres, listem poleconym za potwierdzeniem odbioru
- drogą elektroniczną, dokumentem podpisanym podpisem elektronicznym (Epuap) lub kwalifikowanym na adres mailowy: swiebodzice@directmedic.pl

OŚWIADCZENIE - SPRZECIW

w zakresie udzielania stomatologicznych świadczeń zdrowotnych

Imię i nazwisko dziecka:

nazwa placówki oświatowej/opiekuńczej:

klasa/grupa:

Jako opiekun prawny/rodzic, wyrażam sprzeciw i tym samym nie wyrażam zgody na objęcie ww. dziecka bezpłatną opieką stomatologiczną świadczoną przez DirectMedic Gabinety Stacjonarne sp. z o.o..

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