……………………………………………….

Miejscowość, data

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp.z.o.o oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Imię ……………………………………………………………………………..

Nazwisko ……………………………………………………………………………..

PESEL……………………………………………………………………………..

Miejsce pracy……………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

Podpis