

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na szczepienie i przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię i nazwisko, numer PESEL, wykonywany zawód medyczny, miejsce pracy) przez Szpital Św. Anny w Miechowie oraz udostępnienie tych danych: Centrum e-zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

| | |
|------------------|--|
| Imię i nazwisko | |
| PESEL | |
| Zawód wykonywany | |
| Miejsce pracy | |
| Nr. telefonu: | |

Dnia

.....
Podpis