

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
na przetwarzanie danych osobowych
złożone w związku z wykonaniem szczepień ochronnych przeciw COVID-19
finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr telefonu:

Pracownik: medyczny / niemedyczny *

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach oraz udostępnianie 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).

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

* niepotrzebne skreślić.