

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na szczepienie i przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: (imienia i nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu) przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mircu 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

.....
data podpis