Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą, oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS0CoV-2 (COVID-19).

Imię ………………………………...

Nazwisko ………………………….

PESEL………………………………..

DATA..………………………………