Chlewiska dn……………………….

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**Imię i Nazwisko**…………………………………………

**PESEL**…………………………………………………..

**Nr telefonu** ……………………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Chlewiskach ul. Szkolna 4A  
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).

……………………………………………

Podpis osoby składającej oświadczenie