

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

..... numer
PESEL

.....
(pracownik medyczny/niemedyczny)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody
na przetwarzanie danych osobowych złożone
w związku z wykonaniem
szczepień ochronnych przeciw COVID-19
finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez SZPITAL POWIATOWY W KĘTRZYNIE 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)