

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

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 im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży** 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).

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na cykl szczepień przeciw COVID-19.

Imię

Nazwisko

PESEL

Wykonywany zawód medyczny/niemedyczny*

Miejsce pracy

*niepotrzebne skreślić

.....
data

.....
podpis

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

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 im. prof. Romana Drewsa w Chodzieży** 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).

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na cykl szczepień przeciw COVID-19.

Imię

Nazwisko

PESEL

Wykonywany zawód medyczny/niemedyczny*

Miejsce pracy

*niepotrzebne skreślić

.....
data

.....
podpis