

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

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. Jana Pawła II w Bartoszycach 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).

.....
Czytelny podpis osoby
składającej
oświadczenie