

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/niemedycznego, informacji o miejscu pracy, przez Szpital Na Wyspie Sp. z o.o. w Żarach 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).

Imię:.....

Nazwisko:.....

PESEL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

.....
Data i podpis