

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 I Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie – Filia w Ełku ul. Kościuszki 30,19-300 Ełk 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

Czytelny podpis

Tel.

Osoba wykonująca zawód medyczny/niemedyczny *

(*niepotrzebne skreślić)