

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska nr PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy przez

.....
(nazwa podmiotu przyjmującego oświadczenie)

oraz udostępnienie tych danych: 109 Szpitalowi Wojskowemu z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie, Centrum e-Zdrowie, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....
(imię, nazwisko, nr PESEL)

.....
(podpis)