

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (dotyczy podania dwóch dawek szczepionki) w postaci: imienia i nazwiska, numeru PESEL, informacji o miejscu pobytu przez Przychodnię Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „VITAMED” Sp.j. ul.P.Cymśa 16 62-200 Gniezno 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.....