

Imię

Nazwisko

PESEL

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska oraz numeru PESEL przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie (Augustów 16-300, ul. Szpitalna 12) oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie COVID-19 wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Augustów, dn.

.....

(Czytelny podpis)