Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, adresu oraz nr telefonu przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipianach 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………………………………….

Adres……………………………………………

nr telefonu……………………………………...

PESEL ………………………………………..

Czytelny podpis: