

OŚWIADCZENIE WOLI

.....
(stopień imię i nazwisko)

.....
(jednostka organizacyjna PSP)

.....
(Nr PESEL)

Nr telefonu kom.:

Niniejszym oświadczam, że zamierzam dobrowolnie poddać się szczepieniom przeciwko COVID-19.

Nadmieniam, że jestem świadomy, że w celu realizacji szczepień związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 moje dane osobowe w postaci nr PESEL zostaną przekazane do szpitali podległych Ministrowi Zdrowia.

..... dnia

.....
czytelny podpis