

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, informacji o miejscu pracy, przez **Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku – Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej – Curie, ul. Szpitalna 1, 26-110 Skarżysko – Kamienna** 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 -----

-----  
Podpis