

## ZGODA

### NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH I ICH PRZETWARZANIE

Ja niżej podpisana/podpisany \_\_\_\_\_

(PESEL: \_\_\_\_\_) w związku z wykonanym u mnie szczepieniem ochronnym przeciwko COVID 19, finansowanym ze środków publicznych, wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

Lipsko, dnia \_\_\_\_\_ 202... r.

Wyrażam także zgodę na przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra właściwego do spraw zdrowia moich danych osobowych, w tym w szczególności:

- a) imię i nazwisko,
- b) numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu tożsamości,
- c) numer prawa wykonywania zawodu,

a także informacji o wykonaniu szczepienia, w tym dokumentacji medycznej w zakresie wykonanego szczepienia.

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

Lipsko, dnia \_\_\_\_\_ 202... r.

## Oświadczenie o wyrażaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych w postaci; imienia, nazwiska, numeru PESEL przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARSCOV-2 (COVID- 19).

Imię:

Nazwisko:

PESEL: