

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 Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Imię i nazwisko

Warszawa, 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

Warszawa, 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 Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Imię:

Nazwisko:

PESEL: