

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL przez SP ZOZ MSWiA z WMCO w Olsztynie oraz udostępnianie tych danych: 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.....

Numer telefonu.....

Czytelny podpis.....