

Imię i nazwisko ADRES :
 PESEL
 Nr PWZ TEL. KONTAKTOWY :
 Miejsce wykonywania praktyki zawodowej

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam dobrowolną i świadomą zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu (zwanym dalej *Szpitałem*) w postaci imienia i nazwiska, nr PESEL, nr PWZ oraz informacji dot. miejsca wykonywania praktyki zawodowej oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia oraz NFZ w celu organizacji i realizacji procesu szczepeń przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS Cov-2 (Covid-19).

.....
 Kalisz, dnia: podpis

Potwierdzam uzyskanie informacji dotyczącej:

1. tożsamości Administratora,
2. danych kontaktowych Inspektora Ochrony Danych,
3. podstawy prawnej przetwarzania danych osobowych,
4. odbiorców danych osobowych,
5. przekazania danych do państw trzecich,
6. prawa wglądu do danych osobowych,
7. prawa do żądania usunięcia ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz przeniesienia danych osobowych,
8. możliwości wniesienia skargi do organu nadzorczego,
9. funkcjonowania monitoringu,
10. zasad i czasu przechowywani dokumentacji

.....
 Kalisz, dnia: podpis