

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię I Nazwisko

Pesel :

Nr telefonu :

Miejsce zamieszkania :

Ja, niżej podpisany, administrator systemu informatycznego, dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska, peselu, adresu miejsca zamieszkania, numeru telefonu przez Ministerstwo Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia w celu obsługi, organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis osoby

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię I Nazwisko

Pesel :

Nr telefonu :

Miejsce zamieszkania :

Ja, niżej podpisany, administrator systemu informatycznego, dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska, peselu, adresu miejsca zamieszkania, numeru telefonu przez Ministerstwo Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia w celu obsługi, organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis osoby