

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w postaci:

- imienia i nazwiska
- numeru PESEL

przez

**G.STECKO,J.MIEDZIUN,M.FILIPOWICZ,E.SZYMAŃSKA S.C NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI
ZDROWOTNEJ MEDYCYNĄ RODZINNA ul. Olimpijska 8 05-600 Grójec**

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	

(data, czytelny podpis)