

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu, informacji o miejscu pracy, przez Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

W związku z powyższym oświadczam, iż zdaję sobie sprawę, że szczepienie jest finansowane ze źródeł państwowych i jednocześnie oświadczam, iż wyrażam zgodę na udostępnienie informacji/danych o mojej osobie w/w Centrum e-Zdrowi, Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....*

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

*Proszę o wpisywanie danych osobowych **DRUKOWANYMI LITERAMI**.