

Ostrzeszów, dnia.....

Dane jednostki:

.....  
.....  
.....

### OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. 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).

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon kontaktowy: