

Warszawa, dnia.....

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola – Śródmieście oraz udostępnienie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu obsługi, organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19.

Imię:

Nazwisko:

Pesel:

.....
Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciel ustawowy

[imię i nazwisko]

Warszawa, dnia.....

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola – Śródmieście oraz udostępnienie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu obsługi, organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19.

Imię:

Nazwisko:

Pesel:

.....
Czytelny podpis pacjenta/przedstawiciel ustawowy

[imię i nazwisko]