Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numer PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez **NZOZ MEDIUCUS, UL. ZACISZE 27 W KORNOWACU** oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszu Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Imię

Nazwisko

Pesel

……………………………………………………………………………

Data i podpis