

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Szpital Powiatowy w Sławnie, ul. I Pułku Ułanów 9 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

.....
podpis