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 medycznego,……………………………………..

informacji o miejscu pracy,…………………………………………………

przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie- 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).

Data i czytelny podpis

………………………………………………………..