

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

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu, Sp. z o. o.
05-600 Grójec, ul. Piotra Skargi 10

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	

✓

.....
data, czytelny podpis