

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Nazwisko

Imię

PESEL

Miejsce pracy

Stanowisko

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie 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, czytelny podpis