

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany/a

PESEL: _____

w związku z wykonanym u mnie szczepieniem ochronnym przeciwko COVID 19, finansowanym ze środków publicznych:

- wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych przez Wojskową Specjalistyczną Przychodnię Lekarską Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gorzowie Wlkp. Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARSCOV-2 (COVID- 19).

- wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra właściwego do spraw zdrowia moich danych osobowych, w tym w szczególności:

a) imię i nazwisko,

b) numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu tożsamości,

a także informacji o wykonaniu szczepienia, w tym dokumentacji medycznej w zakresie wykonanego szczepienia.

Czytelny podpis

dnia _____ 202... r.