

## OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

IMIĘ.....  
NAZWISKO.....  
PESEL.....  
NR TELEFONU.....  
ADRES MAIL.....  
ZAWÓD(MEDYCZNY/NIEMEDYCZNY).....  
MIEJSCE PRACY.....  
.....

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 Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie – (do uzupełnienia przez podmiot, w którym składane jest oświadczenie) 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

## OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

IMIĘ.....  
NAZWISKO.....  
PESEL.....  
NR TELEFONU.....  
ADRES MAIL.....  
ZAWÓD(MEDYCZNY/NIEMEDYCZNY).....  
MIEJSCE PRACY.....  
.....

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 Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie – (do uzupełnienia przez podmiot, w którym składane jest oświadczenie) 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