Rawa Mazowiecka dn. \_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

**ZGODA OSOBY, WYRAŻAJĄCEJ GOTOWOŚĆ DO ZASZCZEPIENIA
PRZECIW COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Numer PESEL |  |
| Numer telefonu |  |

☐ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu i adresu e-mail przez SPZOZ w Rawie Mazowieckiej oraz udostępnienie tych danych: Centrum e-zdrowie, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)