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 Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku Śląskim, ul. Morcinka 7 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……………………………………………..

Zawód……………………………………………..

Miejsce pracy………………………………………

 …………………………………………………

*podpis*