Zgłoszenie do szczepienia

Nazwa instytucji ………………………..

Adres …………………………………..

Regon …………………………………

Adres e-mail ………………………….

Dane pracownika

Imię ……………………………………

Nazwiska……………………………….

PESEL…………………………………..

ADRES ……………………………………………

Tel. kom ……………………………………

Pracownik medyczny TAK/NIE

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 Szpital w Pyskowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 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…………………………..