

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/y:

Imię i nazwisko:

PESEL:

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 Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....

Data złożenia oświadczenia

.....

Podpis