**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 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie

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).

*CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI*:

**Imię** ………………………………………………………………………………………….…………………………..

*CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI*:

**Nazwisko** ………….………………………………..……………………………………………………….……….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*CZYTELNIE*:

**PESEL**

………………………………………………………

podpis