

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Zakład pracy (pieczęć).....

Imię i nazwisko szczepionej osoby.....

PESEL szczepionej osoby.....

Telefon kontaktowy szczepionej osoby.....

Jestem/ Nie jestem* pracownikiem medycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) – e), art. 9 ust. 2 lit. a) i g) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1, z 4.5.2016, ze zm.), dla potrzeb niezbędnych do realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19, przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu Podlaskim oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

* niewłaściwe skreślić

.....

podpis