

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, przez **NZOZ Ars Medica s.c. w Więcborku** 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

Adres:.....

kod pocztowy:.....

miejsowość:.....

nr tel kontaktowego

(czytelny podpis)