SZPITAL KLINICZNY IM. KS. ANNY MAZOWIECKIEJ

00-315 Warszawa, ul. Karowa 2
Tel. 22 59 66 100,
www.szpitalkarowa.pl

Imię: _____

Nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

PESEL:

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y wyrażam gotowosc do poddania się szczepieniu przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).
Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL i adresu przez Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej, ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień, w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)

_____

Czytelny podpis