



CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O.O.

02-097 Warszawa, ul. Nielubowicza 5
Tel. 22 599 18 00, Fax. 22 599 18 06
e-mail cmwum@cmwum.pl
www.cmwum.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 Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o. o. 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