

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Zawód medyczny:

Miejsce pracy:

Przez podmiot:

Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.

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)

Podpis i data