

Oświadczenie o wyrażeniu zgodny na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numer PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W ZAMOŚCIU oraz udostępnienie tych danych: Centrum e-zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS- CoV-2 (COVID-19).

Imię
Nazwisko
PESEL