

....., dnia ..... 2020r.

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Zawód wykonywany: .....

Miejsce pracy: .....

**Oświadczenie o chęci szczepienia przeciwko COVID-19  
w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie  
i wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/y, wyrażam chęć szczepienia przeciwko COVID-19 w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, zawodu, miejsca pracy informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez SP ZOZ MSWiA w Koszalinie 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). Oświadczam, że zapoznałem się z „Klauzulą informacyjną dot. gromadzenia danych niezbędnych do organizacji szczepień przeciwko Covid-19”.

.....  
czytelny podpis

W celu ułatwienia późniejszego kontaktu prosimy o podanie preferowanej formy kontaktu (np.: telefon, adres e-mail):

.....