

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu, informacji o miejscu pracy, przez NZOZ ETER-MED 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).

(Miejsce pracy z NIP)

Imię

Nazwisko

PESEL

Podpis:

Data:

Portal.EterMed.pl