|  |
| --- |
| **DEKLARACJA CHĘCI ZASZCZEPIENIA PRZECIWKO COVID-19** |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  | **Numer telefonu komórkowego** |  |
| **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 medycznego, informacji o miejscu pracy, przez EMC Silesia sp. z o.o., ul. Morawa 31, 40-353 Katowice 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). |
| **Oświadczenie (zaznaczyć właściwe)** | **Oświadczam, że jestem uprawniony do szczepień w ramach grupy 80+ / 70+ / 60+** |
| Dane kontaktowe opiekuna Pacjenta: | Data, czytelny podpis: …………………………………………… |

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA CHĘCI ZASZCZEPIENIA PRZECIWKO COVID-19** |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  | **Numer telefonu komórkowego** |  |
| **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 medycznego, informacji o miejscu pracy, przez EMC Silesia sp. z o.o., ul. Morawa 31, 40-353 Katowice 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). |
| **Oświadczenie (zaznaczyć właściwe)** | **Oświadczam, że jestem uprawniony do szczepień w ramach grupy 80+ / 70+ / 60+** |
| Dane kontaktowe opiekuna Pacjenta: | Data, czytelny podpis: …………………………… |