

Formularz zgody (poinformowanej)

Ja niżej podpisany (a) wyrażam zgodę na zastosowanie u mnie szczepienia p/COVID 19

.....tel.....
imię i nazwisko, pesel, adres zamieszkania z kodem pocztowym

.....
Data i miejsce

.....
Podpis Pacjenta

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numer PESEL, (oraz udostępnianie przez podmiot, w którym składane jest oświadczenie) oraz udostępnianie 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