**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

***Szpital Powiatowy Sp. z o.o., ul. Szewska 23, 87-140 Chełmża***

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).

**Imię** …………………………………………………...………...………………..…

**Nazwisko** ……………………………………………..…...………………...……..

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zawód** ………………………………………………………………………………….

**Miejsce pracy** *………………………………………………………………………………….*

…………………………………………………….

 **(czytelny podpis)**