

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
NIEZBĘDNYCH W PROCESIE ORGANIZACJI I REALIZACJI SZCZEPIENIA COVID-19**

.....
/IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA/

.....
/PESEL/

.....
/TELEFON KONTAKTOWY/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgody na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) – e), art. 9 ust. 2 lit. a) i g) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1, z 4.5.2016, ze zm.), dla potrzeb niezbędnych do realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19.

DATA:

CZYTELNY PODPIS:.....