**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Imię - ……………………………

Nazwisko - ……………………………….

PESEL - ………………………….

Adres zamieszkania - …………………………………………………..

Telefon - …………………………………

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** (wyżej wymienionych), przez Centrum Medyczne POLMED 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).**

Podpis - ………………………………

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Imię - ……………………………

Nazwisko - ……………………………….

PESEL - ………………………….

Adres zamieszkania - …………………………………………………..

Telefon - …………………………………

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** (wyżej wymienionych), przez Centrum Medyczne POLMED 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).**

Podpis - ………………………………