

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 Poddębickie Centrum Zdrowia sp. z o.o. oraz udostępnianie tych danych: Centrum e• Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARSCOV-2 (COVID- 19).

- Imię.....
- Nazwisko.....
- PESEL.....
- Nr.Telefonu.....
- Adres zamieszkania z kodem pocztowym.....

Zgoda opiekuna ustawowego

Janr PESEL:,

(imię i nazwisko/PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

legitymujący/a się: seria: nr:.....

(nazwa dokumentu tożsamości)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym – rodzicem/opiekunem prawnym (właściwe podkreślić):

..... data ur....., nr PESEL:.....

(imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego)

i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka :

.....

Data i czytelny podpis

(podpis opiekuna prawnego)

.....