

Imię.....  
Nazwisko.....  
Pesel.....  
Adres zamieszkania:  
.....  
.....  
telefon:.....

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, numeru PESEL, przez NZOZ Skormed Skoroszyce.  
oraz do udostępnienia 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).

**Wyrażam zgodę na szczepienie.**

Podpis: