**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 (do uzupełnienia- *nazwa podmiotu, w którym składane jest oświadczeni*).

**Szpital Ogólny w Kolnie, ul. Wojska Polskiego 69, 18-500 Kolno**

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.......................................................

…………………………… ……………………………………

data czytelny podpis