Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Imię

Nazwisko

PESEL

Pracownik medyczny/niemedyczny

Miejsce pracy:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez **SP ZOZ Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie,** **26-300 Opoczno ul. Partyzantów 30** 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 ………………………………