

.....  
(miejsowość, data)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE  
DANYCH OSOBOWYCH**

Imię i Nazwisko :

PESEL lub seria i nr paszportu:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL lub serii i nr paszportu przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nasielsku 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 osoby składającej oświadczenie)