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

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, numeru Pesel, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublińcu 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).

**Dane osoby szczepionej Dane opiekuna prawnego osoby szczepionej**

 Imię …................................................ Imię ….....................................

 Nazwisko .…..................................... Nazwisko .….....................................

 Pesel …............................................. Pesel …..........................................

 Podpis …........................................ Podpis …...........................................

 Nr telefonu.........................................

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

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, numeru Pesel, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublińcu 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).

**Dane osoby szczepionej Dane opiekuna prawnego osoby szczepionej**

 Imię …................................................ Imię ….....................................

 Nazwisko .…..................................... Nazwisko .….....................................

 Pesel …............................................. Pesel …..........................................

 Podpis …........................................ Podpis …...........................................

 Nr telefonu.........................................