



SAMODZIELNY
PUBLICZNY SZPITAL
KLINICZNY NR 2
PUM w Szczecinie

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 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie
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).

CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI:

Imię

CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI:

Nazwisko

CZYTELNIE:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

podpis