|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię: |  | | |
| Nazwisko: | |  | |
| Adres zamieszkania: | | |  |

PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/y wyrażam gotowosc do poddania się szczepieniu przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL i adresu przez Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o. o. oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień, w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Czytelny podpis |