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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, nr telefonu, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego\*, informacji o miejscu pracy\*, przez Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce 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).

Imię ………………………………………

Nazwisko…………………………………

PESEL……………………………………

 Telefon…………………………………………………………

 Podpis……………………………………………………………

\* Niepotrzebne skreślić