

Bystrzyca Kłodzka dnia.....

.....  
/nazwisko i imię/

.....  
/ Numer PESEL/

.....  
/zawód/

### Oświadczenie

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia,nazwiska,numeru PESEL,informacji o wykonywaniu zawodu medycznego,informacji o miejscu pracy przez Bystrzyckie Centrum Zdrowia Sp. z.o.o, 57-500 Bystrzyca Kłodzka ul. Okrzei 49 oraz udostępnianie tych danych : Centrum e-Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).*

.....  
/podpis/