

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, nr. telefonu / adresu mailowego - przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS) 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).

ImięNazwisko

PESEL..... nr tel./ adres mailowy.....

.....

.....

Data.....

Podpis