

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, nr.kontaktowego, adresu, **przez** Szpital Miejski im. Franciszka Raszei ,ul. Mickiewicza 2, 60-834 Poznań **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:

Adres zamieszkania:

Nr.tel

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, nr.kontaktowego, adresu, **przez** Szpital Miejski im. Franciszka Raszei ,ul. Mickiewicza 2, 60-834 Poznań **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:

Adres zamieszkania:

Nr.tel