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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez **Piekarskie Centrum Medyczne Sp. z  o. o.,  ul. Szpitalna 11 w Piekarach Śląskich** (do uzupełnienia- *nazwa podmiotu, w którym składane jest oświadczenie* - do uzupełnienia przez podmiot, w którym składane jest oświadczenie) 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**

**podpis**

**nazwa podmiotu leczniczego/ pieczątka**