

Imię i nazwisko osoby szczepionej

PESEL lub seria i nr paszportu:.....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

PESEL lub seria i nr paszportu:

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska oraz numeru PESEL przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej w Augustowie (Augustów 16-300, ul. 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17) oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie COVID-19 wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

.....
Data i czytelny podpis osoby szczepionej
(*podpis wymagany w przypadku ukończenia 16 r.ż.)

.....
Data i czytelny podpis opiekuna prawnego