

Imię .....

Nazwisko .....

PESEL .....

### **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.

Augustów, dn. ....

.....

(Czytelny podpis)