

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Imię

Nazwisko

PESEL

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez EMC Silesia Sp. z o.o. | ul. Morawa 31; 40-353 KATOWICE (Szpital Geriatryczny) 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).

.....
Data i podpis