

## 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 i nie medycznego, informacji o miejscu pracy, przez **Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie** 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 .....

Miejsce pracy .....