**ZGŁOSZENIE OSOBY UPRAWNIONEJ DO OTRZYMANIA SZCZEPIENIA\***

Imię ………………………….………… Nazwisko ……………………………………...…

PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Nr tel. …………………………………………….

Miejsce pracy ……………………………………………………………………………………

Pracownik medyczny TAK NIE (właściwe podkreślić)

Nr prawa wykonywania zawodu …………………………………

\* należy uzupełnić czytelnie wszystkie pozycje

Wągrowiec, dnia ……………… ………………………………………….

 (czytelny podpis)

**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 Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu 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). Oświadczam, że zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ.

Wągrowiec, dnia ……………… ………………………………………….

 (czytelny podpis)