

**ul. B. Chrobrego 6/8  
81-756 Sopot**

## **OŚWIADCZENIE**

### **o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Imię: .....

Nazwisko:.....

PESEL\* 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*lub numer paszportu (w przypadku braku PESEL): .....

Numer telefonu: .....

Adres mailowy:.....

Zawód:.....

Miejsce pracy:.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL(lub numeru paszportu w przypadku braku numeru PESEL), informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, numeru telefonu oraz adresu mailowego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; ul. B. Chrobrego 6/8, 81-756 Sopot; telefon: (58) 551 63 31; faks: 58 551 63 31; e-mail: sekretariat@zozsopot.pl; REGON: 000308235; NIP: 585-13-42-944 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

.....  
czytelny podpis