



Imię i nazwisko:.....
Numer PESEL:.....
Numer telefonu:.....
Adres e-mail:.....
Data:.....

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu i adresu e-mail przez Centra Medyczne Medyceusz sp.zo.o. w Łodzi oraz udostępnienie tych danych: Centrum e-zdrowie, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....

Data i czytelny podpis