

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu, adresu przez Praktykę Grupową Lekarzy Rodzinnych sp. z o. o. z siedzibą 31-061 Kraków, ul. Bocheńska 4 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.....

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Podpis.....