

Kościan, dnia

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, adresu zamieszkania, numeru PESEL, numeru telefonu oraz adresu e-mail przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinetu Rehabilitacji Terapia z siedzibą w Kościanie dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz o udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszu Zdrowia.

Imię:.....

Nazwisko:.....

.....
/podpis/ imię i nazwisko