

Kościan, dnia .....

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Jako przedstawiciel ustawowy małoletniego wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i małoletniego danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, numeru PESEL, numeru telefonu 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 2016 r. 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 przedstawiciela ustawowego.....

Nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

Imię małoletniego.....

Nazwisko małoletniego.....

PESEL:.....

.....  
*/podpis/* imię i nazwisko