



**Regionalny Szpital
Specjalistyczny**

im. dr. Wł. Biegańskiego
w Grudziądzu

OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Imię:.....

Nazwisko:.....

PESEL*.....

*lub numer paszportu (w przypadku braku numeru 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, informacji o miejscu pracy, numeru telefonu oraz adresu mailowego przez Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu, ul. Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz, NIP 876-020-08-352 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