Imię i nazwisko: …………………………………………..

PESEL:…………………………………………………………

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i udostępnianie danych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w szczególności: imienia, nazwiska i numeru PESEL, adresu zamieszkania i numeru telefonu, przez Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance i instytucje zaangażowane w tworzenie Punktu Szczepień Populacyjnych 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.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dla uczestników programu szczepień przeciw COVID-19 oraz z klauzulą dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Trzciance.

 …………………………………...…………………………...

 Data, czytelny podpis pacjenta