

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie, ul Topolowa 16, 32-500 Chrzanów oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowie, Ministrowi Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)

Imię

Nazwisko.....

PESEL

Oświadczenie

Potwierdzam uprawnienie do szczepienia, pierwszą dawką szczepionki przeciw COVID-19 w ramach grupy „0” dla:

Pani/Pana:(imię i nazwisko osoby)

W/w osoba zatrudniona jest w podmiocie wykonującym działalność leczniczą a jej praca pozostaje w bezpośrednim związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

.....

(data, podpis pracodawcy)