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, numeru telefonu, adresu mailowego przez **Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu,  
ul. Żeromskiego 7, 41-902 Bytom** 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).

Imię

Nazwisko

PESEL

Zawód medyczny (TAK/NIE)

Miejsce pracy

Telefon

Podpis