

Kraków, \_\_\_\_\_

**Dane Pacjenta:**

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Adres zamieszkania:** .....

**Zgoda na przekazanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, danych adresowych, telefonu przez **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SZKOLNE” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** 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).

.....  
Podpis pacjenta