**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

………………………………………………………..

/imię i nazwisko/

……………………………………………………….

/PESEL/

……………………………………………………….

/nazwa i adres miejsca zatrudnienia/

……………………………………………………….

/numer telefonu, adres poczty elektronicznej/

Ja, niżej podpisany, administrator systemu informatycznego, dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska, numeru PESEL, nazwy i adresu miejsca zatrudnienia, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej przez Ministerstwo Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia w celu obsługi, organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

             miejscowość i data                                                                                               czytelny podpis osoby