

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywanym zawodzie, informacji o miejscu pracy, przez Specjalistyczne Centrum Medyczne LacusMed s.c. ul. Rzeszowska 1A ,60-468 Poznań 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 wykonywany: .....

Miejsce pracy : .....

.....

.....

.....

(data i podpis pacjenta )