

Imię i nazwisko pacjenta

pesel

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia i nazwiska, numeru pesel, numeru telefonu, adresu zamieszkania przez MedicalSpec Centrum Medyczne sp. z o.o. oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowie, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciw Covid-19

.....

data i podpis pacjenta