

Lębork, dn. ....

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z ORGANIZACJĄ I REALIZACJĄ  
SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku** oraz udostępnienie ich w niżej wymienionym zakresie Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia, w celu **organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)** na podstawie **art. 6 ust. 1 lit. a, art. 9 ust. 2 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO**.

Przetwarzanie obejmuje swoim zakresem dane identyfikacyjne w zakresie imienia, nazwiska numeru PESEL oraz informacji dotyczącej miejsca pracy i wykonywania zawodu medycznego.

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:

.....

Podpis

.....