

Kraków, dnia.....



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

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska i numeru PESEL przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków – Południe Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie przy ul. Szwedzkiej 27. Podane dane osobowe mogą zostać udostępnienie Centrum e-Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia

w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciw chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (Covid-19).

Więcej informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się na naszej stronie internetowej [www.nzozkp.pl/polityka](http://www.nzozkp.pl/polityka)

Imię i Nazwisko.....

Numer PESEL:.....

.....

*podpis*