

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Imię											
Nazwisko											
PESEL											
Numer telefonu											

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, numeru PESEL, przez **Centrum Medyczne Jedynka Sp. z o.o., 86-300 Grudziądz, ul. Klasztorna 9/11** oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....  
podpis