



**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**62 - 600 Koło, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 25**



Data.....

Imię i nazwisko.....

.....  
Nazwa podmiotu ( zatrudnienia)

### **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole oraz udostępnianie tych danych uprawnionym podmiotom/jednostkom: 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).

.....  
*czytelny podpis składającego oświadczenie*

\* oświadczenie należy dostarczyć wraz z rejestrem do SPZOZ w Kole zgodnie z zachowaniem zasad bezpieczeństwa danych

\*\*z klauzula informacyjną mogą się Państwo zapoznać na stronie [www.spzokolo.pl](http://www.spzokolo.pl) lub w załączonym komunikacie