

OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Imię:

Nazwisko:

PESEL*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Lub numer paszportu (w przypadku braku PESEL):

Numer telefonu:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres mailowy:

Zawód:

Miejsce pracy:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL (lub numeru paszportu w przypadku braku numeru PESEL), informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy, numeru telefonu oraz adresu mailowego przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne; 80-952 Gdańsk, Dębinki 7; telefon: (58) 349 20 00; faks: 58 346 11 78; e-mail: info@uck.gda.pl; REGON: 000288640; NIP: 957-07-30-409 oraz udostępnianie tych danych: 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).

.....
data

.....
czytelny podpis