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 poradnię
Le-Med z siedzibą w Łodzi przy ul. Bratysławskiej 8A 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).

Imię (drukowanymi literami):

Nazwisko (drukowanymi literami):

Podpis:

Data: