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

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………………………………………………..

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, numeru PESEL, informacji o wykonywaniu zawodu medycznego, informacji o miejscu pracy przez Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku 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 i podpis